

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
& DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1968 - N° 154

TITRE
DE LA THESE

LE DEVENIR DES MALADES ETHYLIQUES TRAITES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

(à propos de 270 observations
recueillies sur une période de 11 ans).

THESE
présentée

à la Faculté mixte de Médecine
et de Pharmacie de LYON
et soutenue publiquement le
30 Octobre 1968

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

BOUCHARDY Michel
né le
27 juillet 1939

à AIX LES BAINS
(Savoie)

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
& DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1968 - N° 154

TITRE
DE LA THESE

LE DEVENIR DES MALADES ETHYLIQUES TRAITES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

(à propos de 270 observations
recueillies sur une période de 11 ans).

THESE
présentée

à la Faculté mixte de Médecine
et de Pharmacie de LYON
et soutenue publiquement le
30 Octobre 1968

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

BOUCHARDY Michel
né le
27 juillet 1939

à AIX LES BAINS
(Savoie)

LE DEVENIR
DES MALADES ETHYLIQUES TRAITES
EN MILIEU PSYCHIATRIQUE



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE L Y O N

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire

M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen

M. J.F. CIER

Assesseurs

M. M. LEVRAT

M. J. DORCHE

Conseiller Administratif

M. H. PRUVOST

Professeurs Honoraires

MM. TRILLAT - GARIN - GATE
SANTY - GUILLEMINET - HERMANN -
ROCHET - POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER -
SARROUY - BANSSILLON - DECHAUME - LACROIX - CHAMBON

PROFESSEURS

MM. J. CIBERT	Clinique urologique
P. PONTUS	Physique biologique (détaché à Beyrouth)
F. PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
R. FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculai- res
P. CROIZAT	Clinique médicale C
P. MALLET-GUY	Clinique Chirurgicale A
L. REVOL	Pharmacie galénique
H. PIGEAUD	Clinique obstétricale
J. BOURRET	Médecine du Travail
M. LEVRAT	Clinique Médicale A
R. SOHIER	Bactériologie - Virologie - Immunologie
G. NETIEN	Botanique et Cryptogamie
P. BERTRAND	Clinique Chirurgicale C

A. BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
B. DREVON	Pharmacie chimique et Pharmacologie
L. ROCHE	Médecine légale et Déontologie
J. COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique
P. MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audiophonologie
L. PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
H. TIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
J. BRUN	Clinique de Pneumophtisiologie
J. CREYSSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
M. DARGENT	Clinique carcinologique
M. BERGER (1)	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
A. GUICHARD	Anatomie Pathologique
P. GIRARD	Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène mentale
M. GIRARD	Clinique Médicale D
M. LATARJET	Anatomie
R. PEYCELON	Clinique Chirurgicale B
A. VACHON	Pathologie Médicale
P. GALY	Physio-Pathologie des Voies Respiratoires
J. RAPILLON	Radiologie
M. JEUNE	Clinique Médicale Infantile et Hygiène du premier Age
A. GONIN	Thérapeutique
P. MONNET	Clinique Médicale Infantile B
J. CHATONNET	Physiologie B
P. GUINET	Clinique Endocrinologique
H. COLLET (1)	Chimie Générale et Pharmaceutique
A. TRILLAT	Clinique de Chirurgie Orthopédique
Ch. FREIDEL	Clinique Stomatologique
J. MARION	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie Infantiles
J. DORCHE	Matière Médicale et Législation Pharmaceutique
L. MANSUY	Neurochirurgie
L. REVOL (1)	Hématologie
J. LECUIRE (1)	Neurochirurgie
H. LIARAS (1)	Clinique chirurgicale propédeutique
L. PERROT	Chimie
J.F. CIER	Physiologie A
J. PERRIN	Thérapeutique Chirurgicale et Chirurgie opératoire

(1) Professeur à titre personnel.

P. GOINARD	(1)	Clinique Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
P. MICHAUD		Clinique de Chirurgie Cardiaque
M. PONT	(1)	Séméiologie Médicale
J. TRAEGER		Clinique de Néphrologie et maladies métaboliques
J. MATHIEU		Clinique Gynécologique
G. FAUCON		Biologie Médicale et Pharmacodynamie
A. BERTOYE		Clinique des Maladies Infectieuses
G. VIGNON		Hydrologie Thérapeutique, Climatologie et Ecologie Sociale
D. VINCENT		Biochimie appliquée
A. CIER		Pharmacodynamie
L. COLOBERT		Chimie Biologique et Médicale
P. MAGNIN		Physiologie et Pathologie Obstétricales
J. THIVOLET		Hygiène et Action Sanitaire et Sociale
M. PLAUCHU	(1)	Séméiologie Chirurgicale
J. FRANCILLON		Séméiologie Chirurgicale
C. GIROD		Histologie et Embryologie
R. MALLEIN	(1)	Chimie analytique
C. DESPIERRES	(1)	Médecine Générale
M. JOUVET		Pathologie générale et expérimentale
X		Pathologie chirurgicale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

E. ROMAN	Parasitologie
J. FEROLDI	Anatomie pathologique
R. MORET	Physique biologique
L. ODDOUX	Botanique et Cryptogamie
J.P. GARIN	Parasitologie
F. TOLOT	Médecine du Travail
E. PINET	Electro-Radiologie
D. COLOMB	Dermatologie
R. FRANCOIS	Pédiatrie
M. COLIN	Médecine Légale
F. LARBRE	Pédiatrie
J. GRAS	Chimie Biologique
R. MORNEX	Médecine Générale
J.O. PEYRIN	Physique Biologique

PROFESSEURS DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

R. CREYSSEL	Chimie biologique
J. GUYOTAT	Neuro-Psychiatrie
J. DESCOTES	Chirurgie générale
M. TOMMASI	Anatomie pathologique
P. BUFFARD	Electro-Radiologie
E. LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
Fr. de MOURGUES	Stomatologie
H. NAUSSAC	Maladies infectieuses
J. REBOUILLAT	Chirurgie générale
G. ROMAGNY	Pédiatrie
J.P. DELAHAYE	Médecine Générale
R. DELEUZE	Anesthésiologie
M. GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
A. MICHEL	Anesthésiologie
R. LAMBERT	Médecine Générale
D. FRIES	Médecine Générale
R. GILLY	Pédiatrie
J. ROBERT	Médecine Générale
A. BOUCHET	Anatomie
M. BETHENOD	Pédiatrie
D. GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
J.C. KALB	Pneumo-phtisiologie
J. SOUSTELLE	Chirurgie Générale
J.J. VIALA	Médecine Générale
P. VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
J.A. BERTRAND	Chimie biologique
G. MARET	Chirurgie générale
J. VIALIER-RAYNARD	Bactériologie
L.C. CHOLLAT	Electro-radiologie
J. FLEURETTE	Bactériologie
R. FLANDROIS	Physiologie
P. MOREL	Hématologie
H. TERMET	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
A. FREDERICH	Pharmacologie
M. DAUDET	Chirurgie infantile
J. BRUNE	Médecine générale et Thérapeutique
R. LOMBARD-PLATET	Chirurgie générale
M. BOUVIER	Rhumatologie
F. FREYCON	Pédiatrie
C. LAPRAS	Neuro-chirurgie
M. PELLET	Physiologie

J. DUQUESNEL	Electro-radiologie
H. DEJOUR	Orthopédie et Traumatologie
G. MOULIN	Dermato-Vénérologie
M. PERRIN-FAYOLLE	Pneumo-phtisiologie
P. PALLARD	Médecine générale et Thérapeutique
A. MORGON	Oto-rhino-laryngologie
M. PAUPERT-RAVAULT	Ophtalmologie
J. MOTIN	Anesthésiologie
J. PASQUIER	Médecine générale et Thérapeutique
J.L. VAUZELLE	Anatomie pathologique
J.C. CZYBA	Histologie et Embryologie
M. CABANAC	Physiologie
R. TOURAINE	Pneumo-phtisiologie
A. BEL	Médecine générale et Thérapeutique
F. CHARVET	Gynécologie - Obstétrique
M. MAYER	Cancérologie
G. BRAILLON	Anatomie et Chirurgie Générale
H. VILLIERS	Chirurgie générale
P. LOUISOT	Chimie biologique et Chimie des Explorations fonctionnelles
J. COURJON	Neuro-Psychiatrie
J. LAIR	Stomatologie
Mme. A. PINET	Electro-Radiologie
B. SCHOTT	Neuro-Psychiatrie
M. DUMONT	Obstétrique
A. NOTTER	Gynécologie - Obstétrique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

J. FAVRE-GILLY	Hématologie
G. RIFFAT	Hygiène
M. ROLLET	Pharmacie galénique
C. BIZOLLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

M. DEVIC	Médecine générale
R. HUGONNIER	Ophtalmologie
G. ALLEGRE	Neuro-chirurgie
A. GARDE	Médecine générale
R. FAYSSE	Orthopédie
J. GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie

A. PERRIN	Médecine générale
J. NORMAND	Médecine générale
A. MOUNIER-KUHN	Chirurgie générale
J.L. CHASSARD	Electro-radiologie
R. GARMIER	Obstétrique
P. DUMAS	Stomatologie
J. SCHNEPP	Orthopédie
G. NOEL	Médecine générale

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président

Monsieur le Professeur P.F. GIRARD

Assesseurs

MM. J.GUYOTAT
B.SCHOTT
A.GARDE

A mes parents, en témoignage de gratitude et d'affection,

A ma femme,

A mes enfants,

A tous ceux qui me sont chers.

A notre Président de thèse,
Monsieur le Professeur Paul GIRARD,
Professeur de clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.

Nous connaissons la haute valeur de son enseignement et de ses travaux, et avons été sensible à la grande bienveillance de son accueil. Il nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de notre Jury de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre admiration et de notre respectueuse gratitude.

A Messieurs les Membres de notre Jury,

Monsieur le Professeur agrégé J. GUYOTAT,
Monsieur le Professeur agrégé B. SCHOTT,
Monsieur le Professeur agrégé A. GARDE.

Nous les remercions de l'honneur qu'il nous ont fait de bien vouloir juger ce travail.

Nous leur exprimons notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur R. FRANCOIS,

En témoignage de respectueuse admiration et de profonde reconnaissance.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Professeur DECHAUME,
Monsieur le Professeur GUICHARD,
Monsieur le Professeur POLLOSSON,
Monsieur le Docteur CHASSAGNON.

A Monsieur le Docteur P.A. LAMBERT, médecin des Hôpitaux psychiatriques,

Nous avons eu le privilège de vivre auprès de lui le meilleur de notre expérience psychiatrique.

Au-delà d'un enseignement, nous avons conscience de lui devoir une véritable évolution personnelle.

Nous admirons l'étendue de ses connaissances et de sa culture, la qualité de son action thérapeutique. Nous le remercions pour la confiance dont il nous a honoré dans son service et pour les conseils qu'il nous a prodigués dans la réalisation de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère admiration et de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur J. POUGETOUX, médecin des Hôpitaux psychiatriques,

Nous rendons hommage à la rigueur et à la finesse de sa pensée. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre grande estime.

A Monsieur le Docteur H. VERMOREL, médecin des Hôpitaux psychiatriques,

dont l'enthousiasme et le dynamisme nous ont séduits, et auprès duquel nous avons toujours trouvé l'accueil le plus chaleureux.

A Madame le Docteur M. VERMOREL, médecin des Hôpitaux psychiatriques,

Nous la remercions de la bienveillance qu'elle nous a souvent témoignée et la prions de croire à nos respectueux hommages.

Aux Docteurs M. et J. MIDENET, médecins des Hôpitaux psychiatriques,

dont nous avons pu apprécier l'extrême dévouement et la grande simplicité. Qu'ils soient remerciés pour le soutien amical qu'ils nous ont toujours apporté.

Au Docteur J. DELAUNAY,

Au Docteur SANCHEZ,

Médecins des Hôpitaux psychiatriques,

A Madame GOUTTES, pharmacienne des Hôpitaux psychiatriques, en hommage respectueux.

A mes camarades d'Internat.

A tout le personnel du service mixte de l'Hôpital psychiatrique de Bassens.

INTRODUCTION

Le traitement de l'alcoolisme est une entreprise malaisée, pleine d'aléas, et dont tous les aspects sont loin d'être tirés au clair. En guise d'introduction et pour tenter de situer le problème, sans exclure un certain humour, nous citerons le Docteur Eric BERNE.

Dans son ouvrage "des Jeux et des Hommes" cet auteur classe l'alcoolisme parmi les jeux vitaux, "Jeux qui ont plus de chances que d'autres de durer la vie entière et de mettre en cause des spectateurs d'une innocence relative. Il y a un rôle, celui de l'Alcoolique joué par LEBLANC. La principale réplique est donnée par le Persécuteur typiquement interprété par un membre du sexe opposé, le conjoint le plus souvent. Le troisième rôle est celui du Sauveteur figuré de façon générale, par une personne du même sexe, fréquemment le bon médecin de famille qui s'intéresse au malade ainsi qu'aux problèmes de la boisson. Dans la situation classique, le médecin de famille parvient à arracher l'alcoolique à sa mauvaise habitude. Au bout de six mois où LEBLANC n'a pas pris le moindre verre, ils se félicitent l'un l'autre. Le lendemain on ramasse LEBLANC dans le ruisseau. Le quatrième rôle est celui de la Poire. En littérature il est joué par le cafetier qui fait crédit à LEBLANC, lui donne un sandwich à l'oeil et peut-être une tasse de café, sans le persécuter, ni tenter de le sauver. Dans la vie, ce personnage est le plus souvent interprété par la mère de LEBLANC qui lui donne de l'argent et fréquemment sympathise avec lui au sujet de l'épouse qui ne le comprend pas. Dans cette forme de jeu LEBLANC doit expliquer son besoin d'argent de façon plausible par quelque projet auquel mère et fils font semblant de croire, tout en sachant à quoi LEBLANC va réellement dépenser la majeure partie de la somme... Le serviteur professionnel dans tous les jeux de la boisson, c'est le barman ou le marchand de spiritueux. Dans le jeu de "l'Alcoolique", il assume le 5ème rôle, celui du ravitailleur, source directe d'approvisionnement. Il comprend la langue de l'alcoolisme...

La différence entre le Ravitailleur et les autres joueurs, c'est la différence entre professionnel et amateur dans n'importe quel jeu : le professionnel sait quand s'arrêter : à un certain moment un barman refuse de servir l'alcoolique qui est alors laissé sans alcool à moins qu'il ne découvre un ravitailleur plus indulgent.

Durant les stades initiaux de "l'Alcoolique", l'épouse peut jouer les trois rôles secondaires : à minuit celui de la Poire, déshabillant le mari, lui préparant du café, se laissant battre par lui, le matin le rôle du Persécuteur, gourmandant le mari pour ses mauvaises habitudes, et le soir le rôle de Sauveteur, essayant de persuader le mari de changer. Pendant les stades plus tardifs, en raison quelquefois de la détérioration organique, Persécuteur et Sauveteur peuvent être supprimés bien qu'ils soient tolérés s'ils acceptent eux aussi de ravitailler. LEBLANC se rendra à la Mission pour y être secouru, s'il y peut prendre un repas gratuit. Il acceptera un sermon d'amateur ou de professionnel, dans la mesure où il aura la chance de recevoir une aumône ensuite.

Le salaire du jeu de l'alcoolique provient de l'aspect auquel prêtent le moins d'atten-

tion la plupart des observateurs : "la gueule de bois". Pour l'Alcoolique la gueule de bois n'est pas tant le malaise physique que le tourment psychologique. Le fait même de boire ne constitue qu'un plaisir épisodique..., un moyen plaisant de s'élever jusqu'à l'essentiel : l'obtention du pardon.

Toutes les fois qu'un certain patient consultait son psychiatre après une crise il se traitait lui-même de tous les noms ; le psychiatre se taisait. Plus tard, relatant ces consultations à un groupe thérapeutique LEBLANC dit avec une satisfaction pleine de suffisance que c'était le psychiatre qui l'avait traité de tous ces noms. Dans les situations thérapeutiques, le principal intérêt que prennent de nombreux alcooliques à la conversation ne réside pas dans le fait qu'ils boivent, fait qu'apparemment ils mentionnent surtout par déférence à l'égard de leurs persécuteurs, mais dans les souffrances qui suivent. L'objet transactionnel du fait de boire, en dehors des plaisirs personnels qu'on retire, consiste à organiser une situation permettant à l'Enfant d'être grondé avec sévérité non seulement par le Parent interne, mais par toute figure parentale de l'entourage que cela intéresse de rendre ce service. Par conséquent, la thérapeutique de ce jeu devrait se concentrer non sur l'action de boire mais sur le lendemain matin, sur l'abandon à l'auto-punition.

Toute une variété d'organisation gravitent autour de "l'Alcoolique". Un grand nombre publient des règles du jeu. Presque toutes expliquent de quelle façon jouer le rôle de l'Alcoolique : prendre un verre avant le petit déjeuner, dépenser de l'argent destiné à d'autres usages, etc... Elles définissent aussi la fonction du Sauveteur et concentrant leurs efforts pour pousser l'alcoolique à prendre le rôle du Sauveteur. Les anciens alcooliques sont préférables dans ce rôle parce qu'ils savent en quoi consiste le jeu et se révèlent donc mieux qualifiés pour donner la réplique que des gens qui n'auraient jamais joué auparavant. On a cité le cas d'un groupe "d'Alcooliques anonymes" qui se trouva à court d'Alcooliques à se mettre sous la dent ; sur quoi les membres se remirent à boire, puisqu'il n'y avait pas d'autres moyens de continuer le jeu, en l'absence de gens à sauver... La cure psychologique d'un alcoolique consiste à lui faire entièrement cesser le jeu plutôt que se contenter de troquer un rôle contre un autre.

En certains cas la chose a été possible, quoique ce soit une tâche ardue que de trouver quelque chose d'aussi intéressant aux yeux de l'Alcoolique que la continuation de son jeu. Etant donné que l'Alcoolique a classiquement peur de l'intimité, ce substitut peut devoir être un autre jeu, plutôt qu'une relation débarrassée du jeu. Souvent les alcooliques prétendus guéris, ne constituent pas une compagnie très stimulante ; il se peut qu'ils éprouvent dans leur existence un manque d'excitation et soient tentés sans arrêt de retourner à leurs anciennes amours. Le critère d'une bonne "cure de jeu" serait que l'ex-Alcoolique pût boire en société, sans aller jusqu'à compromettre sa santé. La cure habituelle "d'abstinence totale" ne saurait contenter l'analyste du jeu...

Le processus thérapeutique correct, d'un point de vue transactionnel consiste après un soigneux travail de base à adapter une position contractuelle, adulte, en refusant de jouer aucun des rôles dans l'espoir que le patient se montrera capable de supporter non seulement l'abstinence de la boisson, mais encore celle de son jeu. Sinon mieux vaut l'adresser à un Sauveteur.

Le grand buveur étant considéré, dans la majorité des pays occidentaux comme un

morçeau de choix pour la censure, l'intérêt ou la générosité, celui qui refuse de jouer aucun de ces rôles a tendance à soulever l'indignation publique. Une approche rationnelle peut alarmer davantage encore les Sauveteurs que l'Alcoolique, entraînant parfois des conséquences fâcheuses pour la thérapeutique ".

Tout au long de notre travail, nous retrouverons des éléments de ce jeu de personnages gravitant autour de l'Alcoolique, nous nous expliquerons mieux certaines discordances entre les demandes conscientes et la réalité inconsciente de chacun.

Soigner l'alcoolique est un but, mais il faut sans cesse avoir présent à l'esprit que cette modification est une perturbation apportée à un ensemble. La guérison venue de l'extérieur n'a aucune chance de survivre si les forces d'Homéostasie du milieu sont les plus fortes et n'ont pas été modifiées dans le même temps qu'on modifiait l'individu alcoolique.

Se contenter de soigner l'homme alcoolique en négligeant son environnement, c'est en quelque sorte se contenter d'une médecine symptomatique. Il est trop souvent encore difficile pourtant de faire mieux...

Chapitre I

I. - GENERALITES SUR L'ALCOOLISME

A/ - Difficulté d'une définition,

Depuis la création du terme par le médecin suédois MAGNUS HUSS en 1849, la définition même de l'alcoolisme a été des plus controversée. En réalité, il n'y a pas un alcoolisme, mais des alcoolismes ; la fréquence de chaque catégorie différant beaucoup selon les pays. La multiplicité des définitions traduit bien les difficultés à cerner la réalité clinique.

En ce qui concerne l'alcoolisme aigu, son étiologie ne pose aucun problème : c'est l'action d'un toxique, l'alcool éthylique, sur le système nerveux et la relation de cause à effet est évidente.

L'alcoolisme chronique au contraire, n'est pas simplement "l'intoxication par l'alcool et les produits intermédiaires de son métabolisme".

LECOQ parle " d'ingestion répétée de quantités excessives de boissons alcoolisées".

L'O.M.S. appelle alcoolisme "toute forme d'absorption d'alcool qui excède la consommation alimentaire traditionnelle et courante, ou qui dépasse le cadre des habitudes sociales propres à l'ensemble de la collectivité considérée.

De telles définitions laissent toute latitude pour apprécier la norme en quantité et en fréquence. Où commence l'excès ? où finit le raisonnable ?

JELLINEK donne un cadre global à la question : "l'alcoolisme est tout usage de boissons alcoolisées qui cause un dommage à l'individu, à la société, ou à tous les deux". Plus intéressante est la classification détaillée que le même auteur donne des "espèces d'alcooliques". Il en dénombre 5, désignées par les premières lettres de l'alphabet grec.

L'alcoolisme Alpha dans lequel l'usage des boissons alcoolisées comporte une dépendance purement psychologique. Le sujet a confiance dans l'alcool pour soulager ses difficultés émotionnelles. L'usage est irrégulier et occasionnel. Il n'existe ni perte de contrôle, ni impossibilité de s'abstenir ; toutefois, à la longue, l'évolution peut se faire vers l'alcoolisme Gamma.

L'alcoolisme Bêta est la variété d'alcoolisme dans lequel les complications, (polynévrites, gastrites, cirrhoses), surviennent sans que se soit manifestée aucune dépendance physique ou psychologique. Il est la conséquence d'une forte consommation en rapport avec les coutumes d'un groupe social. En gros, cette forme recouvre l'alcoolisme dit d'habitude ou d'entrafnement. L'évolution est possible vers le groupe Delta.

L'alcoolisme Gamma comporte un état de besoin avec dépendance physique ayant succédé à la dépendance psychologique vis-à-vis de l'alcool. JELLINEK attribue ses troubles

à une modification du métabolisme cellulaire avec augmentation de la tolérance des tissus à l'alcool. Ces sujets présentent la "perte du contrôle", c'est-à-dire, que décidés au départ à ne boire qu'un verre ou deux, ils sont incapables de s'arrêter et boivent verre sur verre jusqu'à l'ébriété. Ensuite ils peuvent s'abstenir plus ou moins longtemps jusqu'à une nouvelle ivresse.

L'alcoolisme Delta comporterait les mêmes caractéristiques que l'alcoolisme Gamma, avec état de besoin et troubles métaboliques, mais la vulnérabilité psychologique préalcoolique est faible. Il aboutit à l'impossibilité de s'abstenir, c'est-à-dire l'impossibilité de cesser de boire sans présenter des symptômes de sevrage. Par contre, la possibilité de limiter chaque ingestion de boissons alcoolisées reste entière.

Enfin l'alcoolisme Epsilon, rare, correspond à la dipsomanie.

Nous adoptons volontiers la définition de FOUQUET dont le mérite essentiel est de répondre à la plupart des types d'alcoolismes. Cet auteur définit l'alcoolisme comme la "perte de la liberté de s'abstenir d'alcool", et distingue deux formes d'alcoolomanie.

L'alcoolisme primaire en général sujet jeune, buveur solitaire et paroxystique, chez lequel les facteurs d'environnement ne jouent qu'un rôle minime, alors que les facteurs internes sont au premier plan avec une organisation initialement très perturbée de la personnalité. La "perte de contrôle" chez eux, est précoce et souvent survient dès la première rencontre avec l'alcool. Le toxique est tout de suite et primitivement intégré dans l'économie psychique.

L'alcoolisme secondaire. A l'âge mûr, le "consommateur d'habitude", buveur régulier et collectif, avec une personnalité préalcoolique subnormale, perd la capacité de s'arrêter de boire puis de contrôler sa consommation. Il verse dans l'alcoolisme secondaire. Au départ, ces sujets ont bu pour des raisons pas tellement anormales, motivées essentiellement par des facteurs d'environnement socio-culturel. Dans un deuxième temps, survient la perte de "liberté vis-à-vis de l'alcool". Cette dépendance est le phénomène essentiel commun aux deux types d'éthylisme. Il est primaire dans le premier groupe, secondaire dans le deuxième.

D'aucuns ont pu prétendre qu'il existait un alcoolisme en dehors de cette perte de liberté, un alcoolisme sans "état mental particulier", un alcoolisme qui pouvait s'auto-censurer et s'arrêter à volonté.

Nous ne prétendons pas qu'un buveur sans troubles mentaux ne peut être qualifié d'alcoolique ; nous disons que tout buveur présente des troubles de la personnalité, car il n'y a pas de hasard, et recourir à l'alcool, au point d'en devenir cirrhotique, n'est pas le fait de n'importe quelle personnalité.

Pour certains buveurs, les perturbations sont moins importantes, et masquées par les facteurs d'environnement : ce sont les "secondaires". Le buveur sans motivations psychologiques n'existe pas.

B/ Rapports alcoolisme - toxicomanie,

Dépendance psychologique puis dépendance physique permettant de classer l'al-

coolisme dans les toxicomanies. Lorsque pour des motifs religieux par exemple, l'alcool se trouve prohibé, on assiste à la prolifération de toxicomanies majeures, (aux stupéfiants). Récemment, l'état du KOWEIT aurait été amené à abroger une loi prohibant l'alcool, en raison de la recrudescence des toxicomanies majeures qu'elle avait entraînée. Toutefois, l'alcoolisme diffère notablement des toxicomanies aux stupéfiants :

- Ceux-ci déterminent à coup sûr le besoin irrésistible, (l'héroïne donne 100 % de toxicomanes). Ce n'est pas le cas de l'alcool.

- La perte de liberté, vis-à-vis du toxique, très rapide pour les stupéfiants, s'installe plus progressivement pour l'alcool.

- L'accoutumance, ou augmentation de tolérance, est considérable pour les stupéfiants. Jusqu'à 20 à 100 fois la dose thérapeutique, (selon GOLDBERG). Pour l'alcool, la tolérance ne dépasse guère 3 à 4 fois la dose usuelle. Dans la dernière période évolutive de l'alcoolisme, on peut même constater une diminution de la tolérance et les sujets sont sincères lorsqu'ils déclarent "ne plus supporter le vin" et "être ivre en ne buvant presque plus rien".

- Le syndrome de sevrage dans l'alcoolisme revêt une gravité toute particulière, aboutissant dans une proportion notable de cas à la mort, dans un tableau de Delirium Tremens.

- Si l'alcoolisme est bien une toxicomanie, il s'agit d'une toxicomanie particulière, mais les résistances à la considérer comme telle, dépassent les raisons scientifiques, et pour JELLINEK, il existerait "une arrière pensée d'échapper à toute possibilité de souiller l'alcoolisme, considéré comme une coutume sociale, hautement valable, par la contamination avec quoi que ce soit qui suggère l'usage méprisé des narcotiques".

Nous voici amenés à envisager l'aspect collectif, mythique de la question.

C/ Mythes de l'alcool,

L'alcool participe à un certain nombre de valeurs inconscientes magiques dont il est investi par le groupe social.

C'est déjà un "breuvage divin" donné à l'homme par les dieux, (Noé, Bacchus, Dionisos). Dans la religion chrétienne il devient sang du Christ par la transsubstantiation.

Il est élément de communauté, le refuser : c'est s'exclure du groupe. Boire ensemble constitue un très fort "liant social". Il lève les inhibitions, procure l'euphorie, facilite les contacts, les affaires se traitent, les réussites, les cérémonies se fêtent mieux verre à la main. Tout est prétexte à "arrosage", et les libations s'accompagnent de vœux traditionnels sur la santé, la prospérité. Il est "généreux", "chaud", "gai", voire "fou", mais toujours sympathique !. C'est une substance mâle. La divinité du vin est un dieu, et pas une déesse. C'est une boisson d'hommes, dont les rites excluent femmes et enfants. On boit "si on est un homme", (le besoin de réassurance est en soi, éminemment suspect quant à la virilité du consommateur). Des plaisanteries triviales, gravées dans certains cendriers font état de ses propriétés aphrodisiaques, mais toujours réservées aux hommes. L'intensité du désaveu social, vis-à-vis de l'éthylisme féminin est sans

doute en relation avec la transgression de cette loi fondamentale, du rite qui réserve l'usage du toxique au sexe fort.

Cette "eau de vie" appelée aussi "eau de feu" par une association terminologique très alchimique, est la grande purificatrice. En milieu rural, il est fréquent qu'on lui attribue le pouvoir de "tuer le ver", elle "désinfecte", elle "protège des maladies".

L'alcool dispense une illusion de puissance, et, "avoir soif", de gloire, de profits, d'honneurs, de succès de toute sorte, peut pousser à chercher dans l'alcool l'illusion de la réussite.

Une série d'expressions du vocabulaire courant sont révélatrices du mythe alcoolique : triompher en sport, c'est "gagner la coupe", acquérir l'expérience "prendre de la bouteille", être un homme, c'est "tenir le vin".

D'autres expressions, telles que "têter", ou "biberonner", témoignent de l'état de régression orale du buveur, tandis que les mots de "cuites", "cuits", "noirs", évoquent une idée de combustion et d'holocauste.

Dans leur ambivalence, les termes "trinquer" et "déguster", évoquent déjà le revers de la médaille et les déboires de l'éthylique.

Au-delà des problèmes individuels, c'est toute une mentalité de groupe, une imprégnation mythique collective qui agit en faveur de la consommation alcoolisée.

Pour beaucoup de gens, l'alcool fait partie de notre patrimoine national, (ne dit-on pas que le "pinard" a gagné 14-18), et de notre patrimoine gastronomique. Il existe une société des "médecins amis du vin" et des grands noms de la médecine se sont faits les défenseurs de la "boisson nationale". Certes, il ne s'agit pas là d'action en faveur de l'alcoolisme, mais nous voulons dire qu'il existe une attitude répandue d'indulgence ou de préjugé favorable pour les boissons alcoolisées parées de tous les charmes de la gastronomie et de la joie de vivre.

Il est un dernier aspect du "rôle social" de l'alcoolisme sur lequel nous voudrions insister.

C'est l'expression du groupe et de sa pathologie à travers l'alcoolique, comme à travers le malade mental. On peut considérer que la société a besoin de ses alcooliques. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la micro-société du groupe familial. Nous y reviendrons. Dans l'un de ses ouvrages, l'écrivain SCOTT FITZGERALD évoque très bien ce rôle social de l'ivrogne.

"il arrive souvent que certaines personnes témoignent un bizarre respect pour un homme ivre... Il y a là quelque chose qui rappelle le respect qu'ont les races primitives pour les aliénés. C'est du respect plutôt que de la crainte. Nous trouvons quelque chose de frappant dans le spectacle d'un homme qui a perdu toutes ses inhibitions, qui va faire absolument n'importe quoi. Bien entendu, nous lui faisons payer par la suite son moment de supériorité".

Nous allons essayer à présent, de dégager quelques caractéristiques psychologiques,

particulièrement fréquentes chez les éthyliques que nous avons étudiés, et dont la connaissance peut aider à mieux comprendre ces malades.

D/ L'étude de la "Personnalité Alcoolique"

nous amène à envisager successivement ses divers aspects : oralité, dépendance conduites d'échec, éléments qui se retrouvent isolément ou coexistent chez le même individu. Tout d'abord, nous insisterons sur le choix du conjoint.

1) Etude du conjoint de l'éthylique,

En ce qui concerne la femme éthylique, nous pouvons noter deux tendances essentielles dans son choix conjugal :

- soit la recherche d'un époux tyrannique, quelquefois même paranoïaque, violent, impulsif, qui la méprise, la traite en vulgaire objet sexuel, l'accable de mauvais traitements qui vont de la cruauté mentale verbalisée à l'application régulière de châtiments corporels. Parfois, cet époux est lui-même alcoolique. Dans une telle structure de couple, les rapports sado-masochistes sont évidents. L'alcoolisme de la femme est un prétexte de plus à humiliation et à culpabilité. Il justifie tout le comportement agressif du mari, les scènes, les coups, la séquestration. Lorsqu'elle y ajoute l'infidélité conjugale, elle "s'arrange" toujours pour que le mari la découvre, et puisse sévir violemment.

- d'autres fois, l'éthylique femme est une immature affective en quête d'une image paternelle rassurante. Elle épouse un homme beaucoup plus âgé qu'elle, qui la traite en "femme-enfant" va au-devant de tous ses caprices, la gâte, excuse même sa toxicomanie. Ce type présente souvent une virilité peu exigeante, parfois des tendances homosexuelles latentes. S'il souffre de la maladie de sa femme, ce n'est pas toujours sans en tirer un certain contentement masochiste. Le vice de sa femme excuse ou plutôt compense ses insuffisances d'homme, "je ne suis pas un homme valable, mais elle est une mauvaise femme : nous sommes quittes". Il vient pleurnicher dans les consultations, se délecte de la revalorisation que lui confère l'opinion publique. Vraiment, "il n'a pas de chance", "il a bien du mérite". La vox populi "l'admire de supporter une femme pareille... d'assumer à lui seul la responsabilité du ménage, les soins aux enfants" ; toutes tâches dont il s'acquitte parfaitement.

Dans ces types schématiques d'équilibre pathologiques, l'alcool intervient comme 3ème personnage. Il conditionne certaines satisfactions réciproques et il ne faut pas se fier à la demande consciente des conjoints qui réclament leur traitement, alors que leurs inconscients ont un besoin vital de maintenir le statuquo.

Il ne faudra pas s'étonner, si, après le traitement, tout sera remis en oeuvre inconsciemment pour rétablir l'équilibre antérieur. De toute évidence, la thérapeutique du malade ne se conçoit pas sans le traitement du conjoint et de la pathologie du couple. Malheureusement, cette action en profondeur n'est pas toujours réalisable.

L'éthylique homme, ceci est très classique, épouse souvent une femme beaucoup plus âgée que lui. Nous avons été frappés également par la fréquence des mariages avec une mère célibataire. Il transparaît, dans ce choix, la recherche d'une image maternelle, une

régression à une situation de dépendance infantile. De toute évidence, l'alcoolique choisit une mère plus qu'une femme. Par ailleurs, il trouve dans son propre dévouement une certaine valorisation, le rachat de quelque culpabilité inconsciente.

Enfin, existe un aspect de fuite devant la responsabilité de la vie sexuelle : déflo-ration, conception, tout a déjà été fait avant son intervention.

Peut-être, faut-il chercher, en dernier lieu, le besoin d'entrer en compétition avec un autre homme, mais sans danger, et avec un homme déjà absent... En somme, une réassurance virile à peu de frais.

En ce qui concerne l'épouse de l'alcoolique, on peut considérer que les conceptions médicales et psychologiques à son égard sont passées par 3 phases :

- la phase "préhistorique" : elle est une innocente victime,
- la phase "historique" : elle est elle-même névrosée, et ne facilite pas le traitement de son mari,
- la phase "moderne" : elle a peut-être besoin de l'éthylisme de son mari.

Reyss BRION dégage 4 types principaux de névroses de caractère chez la femme de l'alcoolique :

- . "la femme martyre " qui a besoin de souffrir,
- . "la femme adjudant " qui commande et contrôle,
- . "la femme moralisatrice " qui a besoin de punir,
- . "la femme girouette " qui ne sait ce qu'elle veut.

Le portrait robot de la femme martyre est bien connu. Il fait la fortune de quantité de mélodrames. Elle supporte stoïquement pendant des années, toutes les misères que lui fait endurer son "bourreau domestique" de mari. Loin de l'accuser, elle lui cherche des excuses : "il ne supporte pas le vin... il est entraîné par les autres... il a besoin de se donner des forces, etc..." "Prête à se révolter après une scène plus violente, on la retrouve, quelques heures après, "maternant" son mari ivre-mort, bordant son lit, essuyant ses vomissures.

Nous en avons connues qui fournissaient à l'occasion l'argent nécessaire à l'achat de l'alcool.

Au bout de quelque temps de séjour hospitalier, il n'est pas exceptionnel de voir ce type de femme venir réclamer la sortie de leur tyran... quand elle ne lui apporte pas en cachette une "bonne petite bouteille". Un masochisme énorme est à la base de ce genre de comportement.

Parfois, l'éthylisme du mari, permet à l'épouse de satisfaire ses tendances dominatrices et de "porter la culotte", sans être contestée. Elle fait ce qu'elle veut d'un mari plus ou moins détérioré par l'alcool et contre lequel elle peut, à tout moment, utiliser l'argument du vice dans lequel il est plongé pour lui retirer toute velléité d'autorité. Elle doit son statut de leader du groupe familial à l'alcoolisme. Même si elle s'en plaint sur

un plan conscient, il n'est pas du tout évident qu'elle souhaite vraiment un changement de situation. On le voit très bien dans la post-cure. Telle épouse fut hospitalisée pour un état dépressif un an après son mari, et déclarait textuellement :

"avant, j'en faisais ce que je voulais. Quand il rentrait saoul ça me donnait l'occasion de lui dire tout ce que j'avais sur le coeur, ça me soulageait".

Ces femmes ne tiennent pas tellement à ce que leur loque de mari se transforme en homme valable, capable de s'imposer et de décider.

La femme moralisatrice, n'est qu'une variante du type précédent sur le terrain éthique . Elle ne cesse de se présenter en modèle de vertu, accable le mari de reproches, d'appels à la volonté, de discours sur le vice et la Morale. L'éthylisme sert de bouc émissaire pour tout ce qui ne va pas à la maison ; déboires dans les récoltes, dans les études des enfants, dans la vie professionnelle et familiale.

A la longue, s'instaure une sorte de rituel. La véhémence déclamatoire de l'épouse glisse sur l'indifférence totale du mari..., quand elle ne le pousse pas à fuir davantage vers le café voisin. Le tout fonctionne comme un système auto-entretenu : l'alcoolisme alimente les reproches qui renforcent l'alcoolisme.

La situation s'aggrave lorsque les enfants, parvenus à l'adolescence, prennent parti pour la mère et contribuent à enfoncer davantage le père dans une position de rejet.

La femme girouette est une personnalité faible, qui ne peut résoudre ses ambivalences, ni choisir entre la fin de l'alcoolisme et la perte de certains bénéfices secondaires qu'elle en retire.

Il faut signaler la fréquence des femmes d'alcooliques dont le père était lui-même buveur. Il y a là une "fatalité" psychologique qui tend à reproduire dans la vie adulte une situation vécue dans l'enfance. Ce tropisme est quelquefois particulièrement intense. Nous en citerons quelques exemples :

- une femme, dont le père était un éthylique notoire, avait depuis l'adolescence une criante phobie d'épouser un alcoolique. Elle se marie malgré tout à 20 ans avec un homme sobre et apparemment plein de qualités. A 30 ans, celui-ci est devenu le parfait ivrogne, et elle se retrouve "exactement dans la situation de sa pauvre mère".

- une autre femme épousa successivement deux alcooliques, le premier était mort en délirium tremens, le second mourut cirrhotique...

- la femme d'un de nos malades le quitta, après sa cure réussie ; elle épousa un alcoolique beaucoup plus grave dont elle avait fait la connaissance en venant en visite à l'Hôpital où il était traité avec le mari. La cure chez ce deuxième malade fut un échec.

En tout cas, on peut croire que cette femme ne pouvait se passer de l'éthylisme conjugal, et il est permis de se demander si elle n'a pas conduit la rechute du deuxième malade.

2) Les tendances orales,

L'alcoolisme, plaisir d'ingestion, représente une certaine fixation à ce stade du développement infantile qu'est ce stade oral.

On a sans cesse l'impression que l'alcoolique cherche à "se remplir", à combler un vide intérieur, qu'il va "tout avaler", y compris lorsqu'il extériorise son agressivité. Cette activité "dévorante" peut s'exprimer dans le travail, dans la lecture, avec cette façon de lire particulière qui "avale de A jusqu'à Z", n'importe quel texte imprimé, qui passe à proximité. Derrière ces comportements, existe une angoisse intense, un besoin de combler à tout prix chaque instant de la vie. La cigarette, fréquemment associée à la boisson, est une autre manifestation de la même structure.

Après la cure, la consommation en est presque toujours accrue. Une autre forme de compensation consiste à grignoter toute la journée. Dans le roman de BLONDIN, "un singe en hiver", est décrit un buveur guéri qui ne cesse de croquer des bonbons. Plusieurs de nos malades ont versé dans l'obésité par boulimie après avoir abandonné l'alcool. Beaucoup continuent à boire énormément de liquides, et, dans les consultations, manifestent une appétence particulière pour réclamer "vitamines et fortifiants". Pendant le séjour à l'Hôpital, ils polarisent souvent les revendications orales du groupe. Le réfectoire est leur domaine réservé. Ils sont les premiers à se plaindre des insuffisances de la nourriture. Ils sont les délégués volontaires pour toute démarche auprès des cuisines ou de l'économat.

Ces tendances orales s'accompagnent d'une intolérance à la frustration importante, s'étendant en particulier aux frustrations affectives. On peut dire que l'alcoolique est un assoiffé d'amouret de tendresse, en état d'insatisfaction permanente.

Il est intéressant de noter un trait commun à tous les patients qu'on doit priver d'une satisfaction orale pour des motifs médicaux. On retrouve chez le fumeur, l'obèse, le diabétique, ce qu'il est convenu d'appeler "la mauvaise foi" chez le buveur.

Ce sont les mêmes alibis : "je bois, (je fume ou je mange), parce que j'ai trop de travail ou parce que je m'ennuie, parce que je suis gai, parce que je suis triste, parce qu'il fait chaud, parce qu'il fait froid". J'ai rebu, (ou refumé ou fait une entorse au régime), parce que c'était une circonstance exceptionnelle : c'était mon anniversaire, c'était le 14 juillet...

On retrouve la même tendance à minimiser "un verre en mangeant... quelques cigarettes le matin, à peine une petite pâtisserie de temps en temps".

Le même report des décisions restrictives à plus tard : "je ne fumerai plus, je ne boirai plus... après les vacances. Je me mettrai au régime demain ou après-demain".

Le bilan des ingestions quotidiennes de tel obèse à qui "tout profite" et qui vit à l'en croire de "l'air du temps" est aussi malaisé à établir que la consommation d'un alcoolique.

L'intéressé arrive à se prendre lui-même à ses propres affirmations, et ne sait plus très bien où il en est. L'entourage vit tous ces stratagèmes comme exaspérants, témoi-

gnant d'un certain égoïsme. Il reproche en particulier à l'alcoolique, ce plaisir qu'il prend et qu'il veut prendre seul, "c'est un égoïste", "il ne pense qu'à lui, il est incorrigible, c'est un vice". De là découlent toutes les attitudes d'agressivité que nous connaissons déjà.

3) La quête d'une virilité,

mal assurée est un trait dominant chez beaucoup d'alcooliques. Elle a pu s'exprimer par la pratique de sports violents ou dangereux dans l'adolescence, par un engagement précoce, de préférence dans les troupes dites "de choc". Boire comme fumer, pour bien des jeunes, c'est "faire homme". La violence des ivresses tient lieu de puissance réelle et l'alcoolique "dangereux" établit par la terreur une domination qu'il n'est pas en mesure d'obtenir naturellement.

Beaucoup ont besoin de l'alcool pour maintenir leur puissance sexuelle.

La fréquence des familles hypernombreuses dans la descendance des alcooliques n'est peut-être pas seulement due aux hasards des ivresses, mais témoigne peut-être d'un désir de prouver sa virilité, (signification qu'on retrouve en tout cas dans certaines catégories ethniques).

Le même besoin de réassurance peut rendre compte de certaines hyperactivités sexuelles, observées antérieurement ou postérieurement à la cure.

On a signalé de nombreux traits d'homosexualité latente chez bien des alcooliques.

Quelques-unes de nos observations vont dans ce sens chez des célibataires attachés à leur vieille mère ou à une sœur aînée. L'adaptation de l'éthylique est particulièrement bonne dans les collectivités masculines. A l'Hôpital, ils assurent volontiers les responsabilités dans le groupe, organisent les loisirs, décorent les locaux, s'occupent spécialement des problèmes d'intendance : approvisionnement du pavillon vaisselle, entretien. Boire au café, "c'est boire entre hommes". La mère d'un de nos malades citait ce proverbe régional : "quand on choisit la bouteille, on ne choisit pas la femme".

Enfin, les tendances à la jalousie peuvent être interprétées (FREUD), comme des défenses contre les pulsions homosexuelles.

4) Dans bien des cas,

l'alcoolisme participe à un contexte général de "conduite d'échec". Ces sujets ne peuvent accepter la réussite dans un domaine quelconque sans le payer aussitôt d'un malheur apparemment dû au hasard. Ainsi certains ne peuvent réussir sur le plan professionnel qu'au prix d'un échec conjugal. Parfois, on a même l'impression qu'ils font tout pour que la situation finisse par tourner à leur désavantage. Avec fatalisme, ils se précipitent dans la déchéance de la boisson avec une ardeur qui évoque une recherche inconsciente de la mort. FITZGERALD décrit bien ce phénomène chez l'un de ses héros :

"Elles étaient effrayées en voyant ce qui lui restait de volonté, jadis volonté de vivre, devenue maintenant volonté de se détruire".

De telles conduites sont évidemment sous tendues par une importante culpabilité inconsciente. L'alcoolisme devient un équivalent suicidaire au même titre que les accidents auxquels ces sujets sont particulièrement prédisposés.

5) Une autre forme constante de la personnalité éthylique

paraît être la faiblesse du "moi" qui recouvre en gros ce que le public appelle le "manque de volonté". On dit d'eux qu'ils sont de "bons garçons", mais faibles, influençables, sensibles à l'entraînement, prêts à écouter le dernier qui a parlé. Un des rôles du médecin dans le traitement et surtout la post-cure, sera justement de leur servir de "moi auxiliaire", non pas en se substituant à eux, mais en les épaulant et en étant toujours présent pour apporter son appui dans les difficultés de la réadaptation.

6) Enfin, on insiste sur la pauvreté de la vie phantasmatique chez les éthyliques,

pauvreté, qu'ils partageraient avec la plupart des psychosomatiques. Cette pauvreté apparaît dans les tests projectifs, mais nous manquons d'expérience en ce domaine. L'impossibilité à "métaboliser l'imaginaire" se traduirait chez les uns par l'expression somatique des conflits psychiques, chez l'alcoolique, par le recours à la boisson qui lui permet d'échapper à la réalité et d'élaborer quelques phantasmes.

Ayant ainsi tenté de définir l'alcoolique et de mettre en évidence quelques lignes dominantes de sa personnalité, nous abordons l'étude statistique des observations que nous avons utilisées.

Chapitre II

II. - METHODES DE TRAVAIL - DONNES NUMERIQUES - CIRCONSTANCES D'HOSPITALISATION

A/ Méthode de travail,

Notre étude précise le devenir des 270 malades éthyliques traités dans le service de 1956 à 1966, et nous l'avons volontairement limitée à ceux ayant été l'objet d'une cure de dégoût. Ce travail a été effectué de mai 1967 à mai 1968, et nous fournit donc un recul de un an à douze ans.

Dans un premier temps, le dépouillement des dossiers avait permis de recueillir les renseignements sur la situation des malades à leur admission, ainsi que leurs antécédents familiaux, professionnels, pathologiques, somatiques, et éventuellement psychiatriques.

Cette étape nous a permis de dégager un certain nombre de points communs, constituant, non pas un, mais quelques profils types d'éthyliques. Dans un deuxième temps, nous avons cherché à joindre les sujets chaque fois que nous l'avons pu, par une enquête à domicile, faite avec la collaboration de l'assistante sociale du service. Nous avons recueilli ainsi les témoignages directs, soit du malade, soit de membres de sa famille, soit de ses employeurs. L'expérience nous a montré que dans l'évaluation des résultats, le recoupement de plusieurs témoignages n'était pas sans intérêt. Toutefois, il est évident que nous avons toujours limité notre enquête à l'intéressé en personne, dans tous les cas où nous savions que le secret médical était à préserver.

Certains ont été convoqués et revus en dispensaires. Enfin, dans un petit nombre de cas, nous avons adressé une lettre au malade ou à sa famille. Les réponses ont été rares, (trois sur une vingtaine), et les abstentions semblent à mettre sur le compte d'une évolution péjorative puisque deux lettres seulement nous ont été retournées avec la mention "destinataire inconnu", et les trois réponses obtenues concernaient des cas d'abstinence maintenue.

Dans l'évaluation de la situation actuelle, nous avons cherché, certes, les résultats bruts de la cure exprimés en "abstinences" ou "rechutes", mais aussi la qualité de la réinsertion sociale, professionnelle et familiale, l'évolution de la personnalité des ex-buveurs dans le sens d'une maturation ou dans la substitution d'une pathologie plus ou moins névrotique à l'éthylisme antérieur. Nous nous sommes également attachés à préciser l'importance des épisodes dépressifs de la post-cure, ce problème nous paraissant de plus en plus capital et riche d'implications thérapeutiques.

B/ Données numériques

Le recrutement de nos éthyliques recouvre l'aire géographique du secteur Mixte, (3ème service), de l'Hôpital Psychiatrique de Bassens, (Savoie).

Le secteur, créé dès 1956, s'étend sur deux portions de départements, correspon-

dant, pour la Savoie, à la vallée de Maurienne, pour la Haute-Savoie, à la partie Ouest du département. Les deux Chefs-lieux de département Annecy et Chambéry, sont divisés entre les divers services de l'Hôpital. La population totale du secteur représente environ 150 000 habitants de répartition tant urbaine que rurale.

Quant au service hospitalier, il est mixte, dispose de 200 lits répartis en services fermés, et en services libres. Des consultations de dispensaire sont assurées plusieurs fois par mois dans les principales villes du secteur : Chambéry, Modane, St-Jean de Maurienne, Annecy et Annemasse.

1 - Répartition par sexes

Durant les 10 années considérées, ont été traités 270 éthyliques dont 226 hommes et 44 femmes. L'éthylisme féminin, comme chacun sait, étant moins répandu, plus secret, il émerge plus difficilement jusqu'à l'hospitalisation et au traitement.

2 - Répartition par années

A N N E E S	1956	1957	1958	1959	1960	1961
H O M M E S	12	10	10	19	21	37
F E M M E S	0	4	1	4	5	3
T O T A L	12	14	11	23	26	40

1962	1963	1964	1965	1966	T O T A L
37	32	18	21	9	226
7	4	4	6	6	44
44	36	22	27	15	270

Le nombre de cures par année varie d'un minimum de 12 en 1956 à un maximum de 44 en 1962. Depuis 1964, le chiffre annuel a tendance à diminuer, et deux explications peu-

vent être données à ce phénomène. D'une part, l'activité du service tend à s'orienter de plus en plus exclusivement vers les soins aux psychotiques et aux névrotiques, sans chercher à faire de la lutte anti-alcoolique l'essentiel de ses buts. D'autre part, le recrutement des éthyliques est largement influencé par les responsables locaux des mouvements de buveurs guéris et ceux-ci, suivant les affinités personnelles, orientent leurs malades vers tel ou tel Centre Hospitalier, (en général celui où le responsable a été soigné lui-même). Il existe enfin, en matière de cures de véritables modes, et nous assistons actuellement, au moins dans l'un de nos deux départements, à un engouement particulier pour les implants d'Espéral, méthode qui nous a toujours paru dangereuse, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique. Pour notre part, nous considérons cette technique comme très agressive, (certes comme toutes celles proposées pour le traitement de l'alcoolisme, mais à un degré de plus). Elle représente une violence chirurgicale faite au malade et son irréversibilité durable nous paraît attenter gravement à la liberté du malade en même temps qu'elle expose en cas de rechute, à des accidents biologiques non négligeables.

3 - Répartition par profession

	AGRICULTEURS	ARTISANS COMMERCANTS	EMPLOYES ADMINISTRATION
HOMMES	15	18	32
FEMMES	2	0	1

OUVRIERS	C A D R E S	SANS PROFESSIONS	RETRAITES
128	9	18	6
5	0	36	0

La répartition par profession résumée ci-dessus frappe d'emblée par la faible représentation en professions agricoles, car ceci ne correspond pas à la proportion de ruraux dans la population globale du secteur. L'alcoolisme, comme beaucoup de troubles

du comportement, est sans doute mieux toléré en milieu rural, milieu qui permettait, au moins jusqu'à l'évolution technique et mécanisée des dernières décennies, une certaine adaptation de sujets que n'aurait pu intégrer une société industrielle. Peut-être l'éthylisme agricole débouche-t-il moins sur une pathologie psychiatrique et se retrouve-t-il davantage dans les services de gastro-entérologie sous forme de cirrhoses. Cette hypothèse resterait à vérifier.

En ce qui concerne les autres professions, les proportions sont à l'image du recrutement de l'Hôpital Psychiatrique public. C'est-à-dire qu'il touche peu les cadres moyens et supérieurs, peu les commerçants et artisans. Le groupe principal est celui des ouvriers spécialisés et les employés supérieurs, des manoeuvres non qualifiés et des employés subalternes. C'est en fait, dans ce 2ème groupe que se recrutent la plupart de nos éthyliques. Nous avons classé dans les ouvriers un certain nombre de patients pour lesquels le travail en usine constitue bien l'activité principale mais qui participent ailleurs à la marche d'une exploitation agricole familiale, le plus souvent en perte de vitesse, et dont la responsabilité est confiée à l'épouse et aux vieux parents. Cette situation est particulièrement fréquente en Maurienne, où l'homme travaille dans une usine de la vallée et regagne, chaque soir, au prix de trajets parfois considérables et malaisés, la ferme familiale où l'attend un travail supplémentaire. Outre le surmenage qu'elle entraîne cette situation partagée entre une activité quasi ancestrale et régie par le matriarcat, et une activité moderne industrialisée, semble être un facteur important de déséquilibre et secondairement d'éthylisme.

Nous avons pu vérifier que certains emplois comptent traditionnellement plus d'éthyliques que d'autres catégories professionnelles. Citons les ouvriers du bâtiment, les employés de voirie, les facteurs ruraux, les ouvriers de l'électro-métallurgie travaillant aux fours. Il existe des usines dans lesquelles l'alcoolisme sévit sur une grande échelle et fait en quelque sorte partie de la tradition, les anciens se chargeant de l'inculquer aux jeunes. L'action des médecins du travail, avec lesquels nous avons toujours travaillé en parfaite collaboration, a permis dans certains de ces secteurs, d'obtenir un véritable retournement de situation, grâce également à l'implantation des divers mouvements de buveurs guéris.

Parmi les artisans et petits commerçants, beaucoup se trouvaient dans une situation professionnelle qui périssait. Comme souvent au cours de cette enquête, il est difficile de préciser si l'alcoolisme seul était la cause de ces déboires, ou si la conjoncture, économique actuelle, difficile pour ces catégories, avait entraîné la décompensation psychologique et l'éthylisme chez des sujets fragiles.

Enfin, tout un groupe classé "sans profession" rassemble, en ce qui concerne les hommes, une clientèle traditionnelle du vieil asile, asociaux, "marginaux", travailleurs occasionnels et itinérants, instables, parfois déjà semi-clochards, habitués des diverses oeuvres de secours de la région. Les résultats de cure, dans un tel contexte, ne sont guère gratifiants et cela n'est pas pour nous étonner.

4 - Répartition par âges

A G E	de 20 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	TOTAL
HOMMES	15	68	78	57	8	226
FEMMES	3	12	18	9	2	44
T O T A L	18	80	96	66	10	270

L'âge de prédilection de la décompensation qui entraîne la demande de cure se situe entre 30 et 50 ans. C'est le moment où la cure se décide, après 10 ou 20 ans d'imprégnation, lorsque des troubles graves, somatiques ou de comportement, retentissent sur la vie familiale, le rendement professionnel, contraignant le malade et son entourage à envisager une mesure thérapeutique.

Parfois, mais encore trop rarement, la décision intervient plus précocement entre 20 et 30 ans. Malheureusement, il est exceptionnel que cette démarche soit motivée par une prise de conscience lucide du danger d'un alcoolisme au début. Chez la plupart des jeunes alcooliques adressés à l'hôpital Psychiatrique, c'est fréquemment une personnalité sous-jacente à l'éthylisme, déjà trop perturbée, pré-psychotique ou le déséquilibre grave qui motive l'hospitalisation. On trouve souvent, chez ces sujets, un éthylisme dit paroxystique avec ivresses pathologiques accompagnées de phénomènes d'excitations clastiques, hallucinatoires ou délirantes.

Au-delà de 60 ans, nous n'avons qu'un petit nombre de cures, parce que les patients se font soigner plus tôt, et ceci est encourageant, mais aussi du fait de contre-indications apparues à cet âge et qui nous font refuser la cure au Disulfirame.

En ce qui concerne les femmes, la répartition des âges est sensiblement la même que pour les hommes, et n'apporte pas de données particulières.

5 - Répartition par situation familiale

	CELIBATAIRES	MARIES	VEUFS	DIVORCES
HOMMES	59	134	5	28
FEMMES	4	25	9	6

Il ressort de ce classement une fréquence notable des sujets à situation conjugale perturbée, divorcés ou séparés, sans qu'il soit possible d'affirmer que ces situations ont été créées par l'alcoolisme. Il nous semblerait plutôt que des causes communes liées à la personnalité prédisposent à la fois à l'alcoolisme et à l'instabilité conjugale. Parmi les gens mariés, beaucoup lors de leur admission, sont dans une situation conjugale précaire, le conjoint menaçant de les quitter ou ayant déjà introduit une instance de divorce. Ceci constitue souvent le moyen de pression qui a motivé la demande de cure "dernière chance avant la rupture définitive", (nous y reviendrons dans le chapitre consacré aux circonstances d'admission).

Le veuvage est d'une importance particulière chez les femmes pour lesquelles il a souvent constitué la circonstance déclenchante de l'intoxication. Quant aux célibataires, comme pour les divorcés, il est difficile de déterminer si l'alcoolisme est la cause de leur célibat ou si les deux phénomènes ont une origine commune dans une structure particulière de la personnalité.

6 - Répartition par diagnostics psychiatriques

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
PSYCHOTIQUES	41	14	55
NEVROTIQUES	37	10	47
DESEQUILIBRES	44	13	57
ETATS PRE-DEMENTIELS	14	1	15
ETHYL. "D'HABITUDE"	77	0	77
OLIGOPHRENES	7	0	7
ETHYL. REACTIONNELS	4	5	9
DIPSOMANES	2	1	3
T O T A L	226	44	270

Nous avons réparti nos admissions en 8 catégories.

1/ Les psychotiques et "prépsychotiques" représentent 20 % des cas.

Cette rubrique englobe quelques cas exceptionnels de psychoses caractérisées avec éthylisme, en particulier les psychoses maniaco-dépressives. Au cours de cette maladie, l'alcool est utilisé, tantôt comme "antidépresseur" et "anxiolytique" dans les phases mélancoliques, tantôt il participe à l'euphorie et à l'expansion générale d'un état maniaque. Nous comptons également quelques psychoses hallucinatoires, et quelques schizophrénies, (l'alcool est utilisé comme ultime moyen de sauvegarder un contact avec autrui et de réaliser en semblant d'adaptation).

Mais surtout, il s'agit de "prépsychotiques", structures à tendances paranoïaques

cyclothymiques, schizoïdes, sans qu'on puisse parler de véritable psychose. Ces personnalités se rencontrent tout particulièrement dans l'alcoolisme féminin. Le pronostic n'est pas forcément péjoratif. Il dépend du traitement de l'état mental sous-jacent à l'éthylisme. Nous ne pratiquons de cure, dans ce contexte, que si la toxicomanie nous paraît au premier plan.

2/ Les névrotiques, 17 % des cas

Nous avons classé dans ce groupe tous les malades présentant des symptômes névrotiques caractérisés.

Nous rencontrons essentiellement des malades présentant un état anxieux, pour lesquels, l'alcool est un tranquilisant et un euphorisant, et des états psychasthéniques plus ou moins teintés de dépression. L'alcool sert alors à lever les inhibitions, "le Surmoi est soluble dans l'alcool", (FENICHEL). Il permet une certaine adaptation et donne au sujet l'illusion de dominer ses scrupules, ses hésitations, sa "timidité" pathologique. Très souvent, c'est le vin blanc qui est utilisé dans cette optique. Absorbé tôt le matin, il est sensé procurer un certain dynamisme et permet d'affronter les situations anxieuses.

Psychotiques et névrotiques sont toujours des éthyliques primaires. Ce sont les formes qui dominent dans l'éthylisme féminin.

3/ Les déséquilibrés, 21 % des cas

Ils constituent un lot important de malades. Ces sujets se caractérisent par leur curriculum vitae particulier "en dent de scie", sans continuité dans aucun domaine. On a pu les qualifier de "chauves-souris" de la psychiatrie, car on peut aussi bien les considérer normaux et responsables, que gravement perturbés mentalement. Certains oscillent entre les prisons et les Hôpitaux. Ce sont des inadaptés perpétuels, des asociaux, incapables de se plier à quelque contrainte que ce soit.

Souvent, leur couple parental était déjà lui-même perturbé, avec éthyliisme de l'un ou de l'autre des parents. On retrouve un passé d'enfance malheureuse, des placements en orphelinat. L'adaptation scolaire est mauvaise, émaillée de fugues et de troubles caractériels. A l'adolescence peut se produire un passage à la délinquance qui débouche souvent à 18 ans sur le devancement d'appel pour échapper à une situation existentielle déjà compromise, (souvent à des ennuis avec la police). Le service militaire est effectué en général dans les troupes de choc, avec une attirance particulière pour les territoires d'Outre-mer. Fréquemment, l'alcoolisme s'il n'avait pas débuté plus tôt, commence à cette étape. Après un engagement et quelques déboires, (conflits avec les gradés, rixes, etc...), l'instabilité conjugale s'ajoute à l'instabilité professionnelle. Les emplois occupés sont de plus en plus brefs et suivent une marche décroissante dans l'échelle sociale, tandis que l'entente conjugale se détériore. Des délits mineurs peuvent intervenir : grivèlerie, escroqueries, vols de voitures. Certains déséquilibrés graves associent ou font succéder à l'alcoolisme des toxicomanies moins anodines, (barbituriques, amphétamines, voire stupéfiants). Pour l'ensemble du groupe, le pronostic d'abstinence est des plus illusoire.

4/ L'éthylisme "d'habitude" ou d'entrafnement", 27 % des cas

Il constitue la plus grosse part du recrutement masculin. Il est exceptionnel chez la femme. Il correspond à des formes d'éthylismes "secondaires" sans perturbations psychologiques bien marquées, ni classables dans une catégorie nosographique précise. Les résultats sont les plus encourageants parmi ce type de buveurs.

5/ L'éthylisme "réactionnel", (9 cas)

En fait, il n'existe pas, car il n'est pas d'évènement qui justifie entièrement le recours à l'alcool. Chez les femmes pourtant, le veuvage peut être considéré comme une circonstance déclenchante, mais cet éthylisme pourrait aussi bien s'intituler "dépressif" que "réactionnel". Nous avons maintenu ce groupe chaque fois que le sujet sobre auparavant, s'était mis à boire alors qu'il était aux prises avec une situation qui dépassait massivement ses possibilités d'adaptation.

6/ Les détériorés

Ils constituent une catégorie très importante dans les admissions en Hôpital Psychiatrique, mais très peu bénéficient d'une cure (15). Ces malades nous arrivent au stade pré-déméntiel, diminués physiquement et psychiquement. Il est bien difficile de retrouver leur personnalité de base, et nous en avons fait un groupe à part. Leurs perspectives de récupération sont difficiles. Beaucoup resteront hospitalisés ou seront placés en Hospices.

7/ Les Oligophrènes

Dans 7 cas, l'éthylisme se greffait sur une oligophrénie, (débilité légère ou moyenne). Les facteurs d'environnement, la suggestibilité sont primordiaux dans le déterminisme de tels alcoolismes.

8/ Les dipsomanes

Enfin, nous relevons 3 cas de dipsomanie, (alcoolisme epsilon de JELLINEK). Ces malades boivent par périodes des quantités considérables de liquides, et pas seulement de l'alcool. L'un de nos malades buvait ainsi jusqu'à 10 litres d'eau. Il lui est arrivé également d'absorber de l'eau de cologne et de l'alcool méthylique. La cure ne répond pas à ces cas qui témoignent vraisemblablement d'une dysrégulation endocrinienne ou hypothalamique.

C/ Circonstances d'hospitalisation

1) Modes de placement,

Le malade alcoolique peut arriver à l'hôpital psychiatrique par placement d'office à la suite d'une affaire grave : tentative de meurtre, incendie volontaire, coups et blessures. Il est quelquefois transféré de la prison après expertise. Ces cas de placement d'office sont rares, nous en avons retrouvé 9, concernant tous des hommes.

Jusqu'à l'ouverture des services libres, en 1960 pour les femmes et 1963 pour les

hommes, le seul mode d'admission, même pour le sujet lucide et coopérant qui désirait la désintoxication, était le placement volontaire en service fermé, demandé par le malade lui-même ou par un membre de sa famille. Actuellement, ce mode de placement est réservé aux malades dont les perturbations du comportement sont telles, qu'elle justifient le séjour en service fermé. Il est devenu, à vrai dire exceptionnel et la majorité des éthyliques sont admis en service libre où se déroule l'ensemble de la cure. (Il est à signaler que nous ne relevons aucune admission dans le cadre de la loi sur les alcooliques dangereux de 1954).

2) Personnes intervenant dans la décision du malade

On retrouve en premier lieu l'entourage familial immédiat et le conjoint. En second lieu, le milieu professionnel avec l'employeur, l'assistante sociale d'usine et le médecin du travail.

D'autres influences peuvent jouer :

- le médecin traitant peut utiliser la survenue d'une complication somatique pour emporter la décision du malade,
- les dispensaires d'hygiène mentale,
- les services d'hôpitaux généraux où l'éthylique a pu être admis pour une affection intercurrente,
- la police ou le juge d'application des peines, par une pression en général efficace, à la suite de délits tels que la conduite en état d'ivresse, l'ivresse sur la voie publique, le tapage nocturne, etc...

De toute manière, quels que soient les moyens de contrainte, l'essentiel ne nous semble pas d'amener le malade à l'hôpital, mais d'obtenir son adhésion réelle au traitement. Il est vrai que l'évolution se fera souvent au cours du séjour vers une coopération confiante, succédant à la contrainte du début. Les chances de la réussite de la cure en dépendent.

Les mouvements de buveurs guéris jouent un rôle considérable dans cette phase préliminaire de préparation du malade à une hospitalisation redoutée. Ils interviennent dans plus du quart de notre recrutement.

3) Motifs réels du recours à la cure

Les trois quarts de nos malades se présentent "volontaires pour une cure". En fait, les circonstances précédant l'admission apportent quelques nuances à ce volontariat.

Cinquante et un de nos éthyliques, dont 8 femmes sont arrivés en état confusionnel. Celui-ci était survenu par sevrage intempestif.

- à l'occasion d'une maladie intercurrente ou d'un traumatisme accidentel, traités à domicile ou en hôpital général.

- à l'occasion d'un séjour en prison.

- à la suite d'une résolution spontanée d'abstinence, prise souvent dans des circonstances culpabilisantes, (tel malade avait décidé de ne plus boire le jour du décès de son père).

D'autre fois, la confusion s'était installée à bas bruit, en quelques semaines, par des épisodes de plus en plus prolongés, et de plus en plus profondément perturbés, effrayant le malade, et surtout l'entourage. Tous les degrés de confusion sont observés depuis la simple perplexité avec une difficulté à préciser les coordonnées temporo-spatiales et une certaine incohérence du langage, jusqu'au tableau de pré-délirium avec son activité confuso-onirique intense, ses tremblements, son élévation thermique. Nous n'avons jamais reçu de véritables délirium tremens qui sont dirigés vers les services neuro-psychiatriques des hôpitaux généraux. Dans la plupart des cas la réversibilité des troubles, au stade où nous les observons, est toujours obtenue par le traitement pratiqué.

Parfois, la confusion constatée à l'entrée, s'intègre déjà dans un tableau de détérioration intellectuelle avancée, pré-Korsakovienne. Nous y reviendrons à propos des traitements.

- Dans une quinzaine de cas, c'est la survenue d'une complication somatique qui a effrayé le malade et l'a conduit à la cure. Citons les crises comitiales, les polynévrites, les hématomés, les mélénas.

- Lorsqu'il entre, l'éthylique peut avoir en suspens une affaire avec la justice, généralement à propos d'un accident de la circulation. Il "fuit" dans la désintoxication pensant s'attirer l'indulgence des tribunaux par ce témoignage de bonne volonté.

La famille peut d'ailleurs estimer, qu'un séjour "en psychiatrie", sera utilisable comme circonstance atténuante. Parfois, au contraire, c'est l'insistance extrême des autorités qui l'a placé devant l'alternative : prison ou cure de désintoxication. Onze de nos malades étaient dans de telles conditions.

- Dans 36 observations, c'est le milieu professionnel qui a poussé au traitement. Le comportement de tel homme, autrefois bon ouvrier, est devenu intolérable. Son rendement baisse de plus en plus. Il a souvent déjà été déclassé dans une catégorie inférieure. Son absentéisme s'accroît. Il est sujet à toute une série d'accidents au travail ou au cours des trajets. Des troubles caractériels provoquent des conflits dans l'équipe ou avec les supérieurs. La cure est alors proposée comme dernière chance avant la mise à la porte. Parfois, c'est à l'occasion d'une visite d'embauche qu'une cure est demandée comme préalable à l'admission dans l'entreprise.

- Une situation conjugale aigüe motive la cure pour 15 de nos alcooliques. Le conjoint pose le préalable de la cure avant d'envisager une reprise de la vie commune ou le retrait d'une instance de divorce. Là aussi, "c'est la dernière chance". Nous verrons ce qu'il en advient... Sans que les choses soient allées aussi loin qu'une séparation ou une demande de divorce, on peut retrouver dans 46 dossiers, au premier plan des motifs de cure, la détérioration de l'ambiance familiale. Il s'agit de troubles caractériels chez un

homme devenu jaloux, irritable, querelleur, impulsif, vindicatif, qui se livre à des violences verbales ou clastiques et se conduit parfois en véritable tyran domestique. Le comportement au travail peut rester longtemps subnormal au point de ne pas laisser suspecter l'éthylisme, alors qu'à la moindre contrariété, c'est le déchaînement dans le milieu familial.

Une trentaine de nos alcooliques sont admis à la suite d'ivresses pathologiques. Après l'absorption de quantités d'alcool effectivement minimales, ces sujets présentent des réactions inattendues, des ivresses teintées de comportements que nous qualifierons de psychotiques.

Il peut s'agir d'une excitation psychomotrice intense avec agressivité et clasticité, entraînant l'intervention de la police. Ce peut être l'expression de thèmes délirants généralement de jalousie et de persécution. Parfois, les ivresses s'accompagnent d'hallucinations auditives ou visuelles, très différentes de l'onirisme confusionnel.

Enfin, on peut observer des ivresses à forme dépressive au cours desquelles un suicide peut même intervenir.

Ces éthyliques à ivresses pathologiques ne sont pas, en général, d'énormes consommateurs. Leur appétence pour l'alcool, évolue souvent par paroxysmes. Ce sont certainement les alcooliques dont la personnalité de base est la plus perturbée, la plus proche du psychotique.

Dix hommes et trois femmes entrent après une tentative de suicide. Il s'agit de tentatives graves. Le choix des moyens en témoigne : défenestration, noyade, pendaison, absorption médicamenteuse massive, section profonde des veines du poignet. Ces tentatives s'inscrivent soit dans le cadre précédent d'ivresses pathologiques, soit dans le cadre d'un état confusionnel.

Seize malades, tous hommes sont hospitalisés pour un délire de jalousie développé au terme d'une longue évolution éthylique. On sait combien ces préoccupations sont fréquentes dans l'éthylisme, même sans atteindre le stade de délire structuré. L'impuissance sexuelle vient souvent renforcer les idées de jalousie et alimenter les suspicions délirantes. La personnalité sous-jacente présente une structure de type paranoïaque, et, une homosexualité latente rendrait compte à la fois de la paranoïa et de l'éthylisme. Ces malades relèvent toujours d'un traitement neuroleptique associé à la thérapeutique de l'alcoolisme.

Pour un petit nombre, (une quinzaine), c'est une situation de détresse sociale qui motive avant tout la demande de cure. Ces malades, au terme d'une longue déchéance se retrouvent sans domicile, sans famille, sans travail, dans un quelconque foyer charitable qui croit bien faire en ajoutant la cure de désintoxication au programme de rénovation générale de l'individu. Nous sommes de plus en plus réticents à entreprendre un traitement dans ces contextes de désinsertion totale. Nous connaissons bien certains clochards itinérants qui en sont à leur Nème cure et pour lesquels l'éthylisme sert de carte d'entrée dans les hôpitaux quand vient la saison froide. Il va s'en dire qu'on peut faire l'économie d'une cure, même si on leur concède l'hospitalisme.

En ce qui concerne les Nords-Africains, nous pouvons dire que l'éthylisme chronique

est rare chez eux. Il survient chez des sujets séjournant en France depuis longtemps et parfaitement francisés, (y compris quant à l'oenilisme...).

Par contre, les ivresses pathologiques sont fréquentes et représentent un certain nombre d'admissions à l'hôpital psychiatrique. Elles sont passées par un chiffre maximum aux moments les plus tendus des "événements", pour pratiquement disparaître depuis 1962. Elles étaient fréquemment le prétexte d'une demande de cure, dont la motivation réelle était la recherche d'une sécurisation hospitalière prolongée, permettant d'échapper aux pressions diverses et anxiogènes auxquelles ces sujets étaient soumis.

En ce qui concerne les femmes, nous notons l'absence d'intervention du milieu professionnel, (la plupart de ces malades sont sans profession), mais surtout la proportion plus importante des admissions pour des motifs déjà très psychiatisés, (3 tentatives de suicide, 3 dépressions, 4 ivresses pathologiques sur 44 malades).

4) Etat somatique à l'admission

Ce bilan est relativement pauvre. Certes, nous retrouvons bon nombre des stigmates habituels de l'éthylisme chronique : pituites, gastrites, crampes musculaires, tremblements, subictères, mais la rareté des atteintes hépatiques graves est notable. Tout au plus, peut-on retenir une vingtaine d'observations témoignant d'un état prè-cirrhotique véritable. Il semble donc se vérifier l'existence d'un certain antagonisme entre les complications neuro-psychiatriques et hépato-digestives de l'alcoolisme. Le déterminisme de la complication serait lié à des facteurs propres au malade et non à la nature du toxique (on entend dire souvent que le vin rouge donne plus de complications digestives), or, dans leur grande majorité, les éthyliques de notre groupe sont des consommateurs de vin rouge.

Nous relevons vingt et un cas de polynévrites à des degrés divers, parfois associés à des éléments de détérioration mentale dans un tableau de pré-Korsakoff.

L'épilepsie existait préalablement à l'éthylisme chez 7 de nos malades. Ces épilepsies "arrosées" sont évidemment aggravées par l'apport toxique, tant dans la fréquence des crises que dans les manifestations caractérielles et impulsives de la maladie.

Chez 5 sujets, l'épilepsie, d'apparition tardive, était une complication de l'éthylisme chronique. L'apparition de la première crise avait entraîné la décision de cure.

Notre recherche des antécédents somatiques a insisté sur 3 affections dont la fréquence d'association à l'éthylisme nous paraît intéressante :

- la tuberculose pulmonaire notée dans 20 observations,

- la gastrectomie pour ulcères pratiquée chez 14 malades,

- les traumatismes, (traumatismes crâniens, polytraumatismes, amputations après accidents), qui existaient dans les antécédents de 36 malades, (dont une femme). Cette fréquence ne paraît pas s'expliquer uniquement par une "maladresse" liée à l'imprégnation prolongée ou aux ivresses. Elle témoigne, semble-t-il de certaines tendances auto-

destructrices et auto-punitives inconscientes.

Beaucoup de ces accidents peuvent être considérés comme des équivalents suicidaires. Certains de nos alcooliques, qui se sont suicidés, avaient derrière eux, un passé traumatique particulièrement riche. Il est notable que des buveurs guéris, ayant donc récupéré tous leurs moyens psychomoteurs continuent à accumuler accidents de travail et de trajet. Il y a là un élément en faveur de la signification suicidaire de certains alcoolismes qui "brûlent" leur victime en quelques années.

A l'inverse, dans le cadre des traumatismes crâniens, c'est quelquefois à travers la survenue d'un "syndrome subjectif" qu'un sujet auparavant sobre, est venu à l'intoxication.

Quant au problème posé par l'association : éthylisme-tuberculose, ou éthylisme-ulcère gastro-duodénal, s'agit-il de complications de l'éthylisme ? s'agit-il des trois expressions psychosomatiques d'une même structure ? La question reste posée.

En général, la gastrectomie pour ulcère a précédé de quelques années la décompensation d'un éthylisme jusque là bien toléré. On peut penser que cette intervention entraine des carences vitaminiques et nutritionnelles supplémentaires. Peut-être aussi, se produit-il, après l'intervention une augmentation de la consommation alcoolique que ne vient plus freiner les douleurs ulcéreuses.

5) Cures antérieures

Lorsqu'ils arrivent pour la première fois à l'hôpital psychiatrique 57 de nos éthyliques ont déjà été traités dans un autre établissement.

Leur répartition est précisée dans le tableau ci-dessous, en fonction du nombre de cures.

	1 CURE antérieure	2 CURES	plus de 2 CURES	T O T A L
HOMMES	28	7	11	46
FEMMES	6	2	3	11
T O T A L	34	9	14	57

La plupart des traitements ont été réalisés en hôpital général par des cures courtes, durant de 3 semaines à un mois. L'arrivée de tels malades en psychiatrie peut revêtir un "sérieux" particulier : "cette fois, dit la famille, on va bien voir...", "il va finir par comprendre... Ils vont le dresser", menaces extrêmement préjudiciables aux premiers contacts que le malade va établir avec nous et qui font du service psychiatrique le sommet

de "l'escalade" dans la répression de l'alcoolisme et la punition de l'alcoolique. Pour d'autres, en particulier pour ceux qui ont déjà plus de 2 traitements, (voir plus de quatre), la chose est devenue tellement banalisée et démythifiée, subie avec si peu d'illusion, qu'il est très difficile d'obtenir une coopération. Lorsque cet aspect psychothérapique avait été négligé dans les divers traitements passés, on a parfois la surprise d'obtenir, à la faveur également d'un séjour plus prolongé, un résultat inespéré chez un sujet qui n'avait jamais abordé en profondeur le problème de son éthylisme.

Toutefois, nous verrons que les chances de bonne évolution diminuent avec le nombre de cures, quels que soient le lieu et les méthodes avec lesquelles elles ont été entreprises.

Mais, avant d'envisager les résultats, nous allons exposer les modalités d'application du traitement telles que nous les pratiquons.

Chapitre III

III. - DEROULEMENT DE LA CURE

Le buveur admis à l'hôpital psychiatrique va se trouver mêlé à des malades mentaux quelquefois très perturbés, assez souvent internés, et auxquels on a retiré la liberté. Même si ses intentions ne sont pas toujours aussi pures qu'il l'affirme, s'il entre plus ou moins sous la contrainte, il faut reconnaître que le fait de surmonter l'appréhension de la promiscuité du service psychiatrique, est à la mesure de son désir de se tirer d'affaire. On peut épiloguer à perte de vue sur l'utilité du mélange des alcooliques avec les malades mentaux. Pour les uns, et de par le témoignage de certains buveurs guéris, il y aurait là un traumatisme salutaire, un "effet choc" dont on se souvient longtemps, surtout si parmi les autres pensionnaires se trouvent quelques victimes de l'alcool au stade du Korsakov ou du Gayet-Wernicke. Toutefois, il serait simpliste d'imaginer que ce seul souvenir suffise à soutenir une abstinence défailante. Pour d'autres, il est inadmissible "d'assimiler l'alcoolique aux fous". Il est certain que le passage à l'hôpital psychiatrique ne facilitera pas la réinsertion du buveur dans son milieu. Tant qu'un radical changement de la mentalité ambiante ne sera pas intervenu à l'égard de la maladie mentale et de ses hôpitaux, être passé par là est un déshonneur.

L'éthylique qui portait avant son admission la honte "du vice de la boisson", sortira, avec, en supplément, le label de "malade mental", (il s'agit du terme le plus édulcoré). Il est certain que bien des cures se décideraient plus tôt et que le recrutement volontaire authentique serait plus important si les préjugés liés à l'hôpital psychiatrique ne venaient s'ajouter à ceux que la cure de désintoxication supporte déjà dans le public. On peut, certes, souhaiter le traitement des alcooliques dans des centres entièrement spécialisés. Toutefois, le contact avec le malade mental nous paraît utile dans la mesure où il aide l'alcoolique à prendre conscience de problèmes psychologiques communs, ou simplement de l'existence de l'aspect pathologique de son comportement. Ceci paraît évident. Pourtant, dans le désir d'être traité en dehors d'un hôpital psychiatrique, (et sans le concours d'un psychiatre), on peut retrouver chez bon nombre de sujets, le refus d'aborder l'aspect psychologique de leur problème : ils veulent bien d'une cure, mais "bâclée" le plus vite possible, traitant volontiers le foie et les réflexes, mais restant le plus superficielle possible en ce qui concerne les aspects affectifs. Il faut souvent la plus grande vigilance du thérapeute pour ne pas se laisser entraîner dans le jeu du malade pour qui "tout va mieux, tout va très bien", à tel point qu'il n'y a rien à dire et que divers écrans habilement disposés évitent l'abord des problèmes de fond.

L'hospitalisation ajoute incontestablement à l'anxiété du sujet. D'une part, il a déjà éprouvé en lui-même les effets difficiles à supporter de l'abstinence et il sait qu'il ne devra plus boire dès le premier jour de son hospitalisation, d'autre part, il doit quitter les siens, son travail, la place qu'il avait réussi à conserver dans la société et dans la considération de son entourage. Il se retrouve plus que jamais en situation d'échec et d'infériorité. Il croit faire abandon de toute dignité en s'en remettant entièrement à un autre que lui-même. L'acceptation du traitement est dure à obtenir ; elle est à la mesure des craintes du sujet devant une situation nouvelle, qui est vécue d'avance comme mutilante puisqu'on doit lui enlever une partie de ce dont il croit avoir besoin pour vivre. Pourtant cette acceptation, cette capitulation, est aussi une victoire pour le malade, qui a gagné sur sa peur intérieure de reconnaître sa maladie. Son désir de guérir l'a emporté

sur le besoin incoercible qui le liait à son toxique.

Pendant la période d'hospitalisation, il est étonnant de remarquer combien le sujet qui devient abstinent est avide de contacts humains, d'affection pour tout dire. Quelquefois, le premier contact est hostile, par habitude, le malade s'attendant comme toujours à être morigéné, mais cette agressivité "tombe à plat" devant le médecin qui n'y répond pas.

A-Phase de sevrage et désintoxication

Après l'examen clinique, le traitement est immédiatement mis en oeuvre, Il assure le sevrage dans le maximum de sécurité. Nous avons recours à un traitement standard par perfusions intra-veineuses qui comportent des quantités importantes de vitamines, notamment du groupe B, et dont voici l'essentiel de la composition :

- Sérum glucosé isotonique 500 cc,
- Vitamine B 6 500 mg,
- " B 1 1000 mg,
- " P.P. 200 mg,
- " C 1000 mg,
- " B 12 1000 gammas
- Extraits hépatiques 2 amp.
- Novocaïne à 1 % 20 cc.

Cette perfusion passe en 3 à 4 heures. L'adjonction de novocaïne à la solution semble permettre d'éviter le choc thiaminique comme il en a été décrit avec la prescription de vitamine B 1 par voie parentérale.

Nous prescrivons également des neuroleptiques ou des tranquillisants. Au début du traitement, nous utilisons la voie intra-musculaire avec le meproamate (1) ou le diazepam (2). Ultérieurement, le relais est pris par voie orale. Notamment, lorsqu'il existe des tendances à la jalousie pathologique, le recours aux neuroleptiques est nécessaire. Par la suite, ces médicaments calmeront les sentiments résiduels de besoin, sans gros risques d'accoutumance.

Souvent, nous associons par voie orale l'arginine, la choline ou diverses substances à tropisme hépato-protecteur. Mais, ce sont surtout les perfusions intra-veineuses qui transforment le malade, et "magifient" le médecin à ses yeux, (et surtout aux yeux de la famille). En effet, en une quinzaine de jours, le malade n'éprouve plus l'état de besoin, il a grossi, son teint s'est éclairci, et c'est à cette étape de la cure que se place la première crise psychologique qu'il justifie de la façon suivante : "je vais très bien, j'ai pris 4 ou 5 kilos, je me sens en pleine forme, je n'ai même plus envie de boire, je demande donc à sortir". Ces affirmations, pour exactes qu'elles soient, ne justifient pas une sortie qui serait prématurée. Il faut qu'à la phase de désintoxication fasse suite une cure de dégoût.

B-Phase de cure de dégoût.

Ce terme est le terme courant, mais mal choisi. Il vaudrait mieux parler de cure de

(1) Equanil n.d.

(2) Valium n.d.

déconditionnement de l'état de besoin. Il est certain que la cure de dégoût est difficile à supporter, mais il ne faudrait pas croire que le traitement est lui-même un acte agressif destiné à faire souffrir le sujet, et à lui faire comprendre, par une contrainte chimique ou par pression qu'il ne doit plus boire. Plus simplement, l'ancien buveur doit acquérir un contre-réflexe de dégoût, puis le désintérêt vis-à-vis de toute boisson alcoolisée.

Les méthodes utilisées sont variables d'un service à l'autre. Nous insistons toutefois sur la nécessité absolue d'inclure une telle cure, dans une organisation, une structure, un programme précis. C'est à travers la standardisation des conditions d'application qu'apparaît l'individualité d'un comportement particulier.

Dans le service, le malade sait à son arrivée que son séjour durera six semaines à deux mois, mais que ce séjour comportera une période de 15 jours, celle que nous venons d'envisager, au cours de laquelle est administrée la cure de désintoxication. Elle sera suivie d'une seconde période de 4 à 6 semaines au cours de laquelle il sera l'objet, 3 fois par semaine, d'une épreuve anti-alcoolique. Il sait aussi qu'il peut voir à tout moment les membres de sa famille, mais que des permissions ne lui seront accordées qu'à partir de la 3ème ou 4ème semaine. Il pourra alors quitter l'hôpital du samedi au lundi.

Par ailleurs, autant que possible, les malades en perfusions sont groupés. De toute façon, un dortoir est réservé à tous les malades qui subissent l'épreuve anti-alcoolique en même temps, avec ceux également qui reviennent de l'extérieur. Ces épreuves ont lieu à jours et heures fixes et les malades échangent leurs impressions. C'est donc dans ce cadre qu'on pourrait trouver rigide que naissent les besoins particuliers et que se révèlent les caractères. Les uns réclament une permission plus précoce ou plus longue, les autres critiquent les médecins ou le service. D'autres restent repliés sur eux-mêmes et s'isolent. Dans chaque cas, les comportements sont analysés avec l'ensemble de l'équipe médicale.

Les permissions sont l'occasion, pour le malade, de mettre à l'épreuve ses réactions au passage de l'hôpital sans alcool à une société alcoolisée. Il apprend à affronter la vue du café voisin de son domicile, la bouteille de vin sur la table familiale, les propositions de "boire un coup" faites par les camarades. Certains redoutent tellement cette confrontation qu'il faut presque leur imposer des permissions qu'ils ne sollicitent pas, protégés qu'ils sont dans un cadre hospitalier sécurisant et sans alcool.

Les épreuves de déconditionnement constituent l'essentiel de cette seconde période de l'hospitalisation. Elles consistent à utiliser la réaction alcool-disulfirame (3). Ce médicament est donné en potion à la dose de 0,50 g. à 0,75 g. Les quantités de vin sont augmentées progressivement jusqu'à obtenir la réaction classique : teint violacé, impression de malaise et d'inconfort. Du fait que tous les alcooliques sont réunis dans la même pièce, ils peuvent s'observer, échanger leurs impressions. Un infirmier leur est spécialement affecté et note le comportement, l'intensité de la réaction, les modifications du pouls et de la tension artérielle. Il reste en permanence auprès des malades pendant les deux heures en moyenne que dure l'épreuve.

Nous n'avons jamais eu à déplorer d'accident mortel. Nous avons toutefois observé des incidents hypotensifs qui cèdent à l'emploi de vasopresseurs et à l'oxygénothérapie,

(3) espéral n.d.

ainsi que ces crises comitiales qui amènent à rechercher l'épilepsie latente et à prescrire du gardénal. La survenue d'épisodes confusionnels nous a fait, quelquefois, interrompre la série d'épreuves.

Nous pratiquons 15 séances environ. Certains médecins n'en pratiquent aucune, ou se contentent de deux ou trois séances. Il nous semble, du moins avec le recrutement que nous avons décrit, que ces chiffres sont nettement insuffisants. De plus, si ces épreuves n'avaient pas lieu à un rythme régulier et en nombre suffisant, l'hospitalisation serait de plus courte durée. Divers exemples de résultats obtenus dans des services où l'hospitalisation est plus courte, nous ont convaincu que des cures de six semaines à deux mois avaient plus d'effet à long terme que des cures courtes de douze à quinze jours. Cela ne tient pas seulement au nombre des épreuves, mais aussi à la nécessité de donner à l'alcoolique le temps d'apprendre à vivre sa nouvelle condition d'homme non-buveur. Les permissions sont l'occasion d'accéder progressivement à cette nouvelle condition et d'analyser les éventuelles raisons d'échecs. La plus importante de ces raisons est souvent l'attitude de la propre famille du malade et notamment de l'épouse. Parfois, les choses se passent bien : femmes et enfants viennent voir le malade quand il a déjà repris du poids et bonne mine ; il ne tremble plus, ses yeux sont vifs. Tout ceci augure favorablement de l'avenir et le médecin n'a que peu à intervenir.

Il en va autrement quand les misères subies par la famille ont été grandes avant qu'on ne se décide au traitement, souvent comparé par la famille, à un emprisonnement punitif. On a vu des épouses venir avec le maire du pays, avec le curé, le conseiller général pour témoigner de la méchanceté et de la cruauté de leur mari, (qui d'ailleurs était réelle), mais aussi pour supplier le médecin de ne jamais laisser sortir cet être odieux qui, désintoxiqué, est devenu très doux, accompagnant cette douceur d'un repentir sincère, voire même d'un désir de punition, tant son remords peut être important. Ce cas est extrême, mais indique assez qu'il faut intervenir auprès des familles pour modifier leur attitude vis-à-vis du buveur et obtenir une coopération qui ne soit pas seulement une façade. Il est parfois nécessaire d'envoyer sur place l'assistante sociale pour convaincre les personnalités et surtout le maire du village que le malade est apte à sortir, ou pour convaincre l'employeur de reprendre le patient, en assurant l'entourage que le service hospitalier prend en charge le malade et que moralement, il se fait le garant de sa nouvelle aptitude à reprendre ses responsabilités dans la société.

Il semble, que de cette façon, la sortie intervienne en mettant de son côté, le maximum de chances de succès.

C-Traitement par strychnine

Avant d'envisager ce qu'il est convenu d'appeler la post-cure, il nous paraît nécessaire de consacrer quelques lignes à l'utilisation de la strychnine dans le traitement de l'éthylisme.

Nous prescrivons ce produit dans tous les cas où il existe une polynévrite constituée, et des améliorations spectaculaires sont obtenues sur le plan moteur, mais aussi lorsque nous constatons une détérioration globale de l'état général et des facultés intellectuelles.

Ces alcooliques dénutris, inappétents, trémulants, déjà dysmnésiques, passifs, té-

moignant d'une indifférence et d'une incurie remarquables non seulement pour la conduite générale de leur existence, mais aussi dans les actes simples de la vie quotidienne. En un mot, pour ces malades déjà au seuil du stade démentiel de l'éthylisme chronique, la strychnine est un préalable à la cure de dégoût. Après une récupération souvent remarquable, ils deviennent capables à la fois de supporter et de comprendre la cure... Nous pratiquons de la manière suivante : la cure de strychnine fait suite à la phase de désintoxication. Nous commençons par une dose quotidienne de 4 mg. de sulfate de strychnine répartie en 4 injections de 1 mg., soit une injection toutes les 6 heures. La dose journalière est augmentée de 4 mg. jusqu'à atteindre 40 à 60 mg., (soit 4 injections de 10 à 15 mg.). Pouls, tension artérielle, température, sont surveillés matin et soir, et les signes de surdosage sont recherchés avec soin, (apparition d'une hyper-réflexivité tendineuse, de contractures, en particulier de trismus, apparition de la classique vision verte, possibilité enfin de crise comitiale).

Le traitement est poursuivi durant 4 à 5 semaines, parfois plus à la dose maxima, puis on diminue la posologie progressivement.

Nous n'avons jamais eu à déplorer d'accident, au prix de cette vigilance permanente, et des résultats, souvent inespérés, ont pu être obtenus, alors que des posologies plus faibles avaient échoué antérieurement.

L'utilisation de la strychnine telle que nous l'avons décrite nous paraît digne d'intérêt et nous insistons à la fois sur la nécessité et l'innocuité des doses suffisamment élevées.

Il est certain qu'une telle tolérance est particulière aux éthyliques, et toute erreur de diagnostic attribuant à un éthylisme chronique une détérioration d'autre origine, entraînerait de graves ennuis si l'indication de traitement par la strychnine était posée.

D-Phase de post-cure

Ce terme est mauvais, car il peut faire croire que l'essentiel du traitement est ce qui se passe à l'hôpital. Post-cure évoque trop l'idée de convalescence et de guérison au sens où on l'entend pour une maladie banale. Il implique un relâchement de l'effort vers la guérison voire de la thérapeutique.

Ce terme a quelque chose de faussement rassurant pour désigner une étape, qui est en fait la plus délicate dans l'évolution vers la stabilisation dans l'abstinence.

L'alcoolique va se heurter à toutes les difficultés de réinsertion nécessitant un effort de réajustement entre un milieu qui n'a pas changé et sa personnalité qui a pu se modifier très profondément.

Il va devoir faire l'apprentissage quotidien de sa nouvelle vie d'abstinant dans une société alcoolisée. Son entourage abandonnera parfois difficilement les "bénéfices" secondaires" inconscients tirés de l'ancien comportement du malade et la psychothérapie devra s'adresser autant au malade lui-même qu'à son entourage.

La stabilité du résultat dépendra de la constance et de la régularité avec laquelle le médecin verra et reverra le malade, encore plus que de la régularité du traitement médi-

camenteux. Celui-ci nous semble de plus en plus le support, le médiateur, le prétexte à l'action psychothérapique. Sans cette dimension, il est voué à l'échec. Notre habitude est, très schématiquement de faire revenir les malades une fois tous les quinze jours, les deux premiers mois, une fois tous les mois pendant un an, et une fois tous les deux mois la deuxième année. A chaque fois, ils viennent à jeun, parfois de 100 km., (leurs frais de déplacement sont pris en charge par la Sécurité Sociale). Ils subissent une épreuve, ils ont un entretien avec le médecin. S'ils ne viennent pas, l'assistance sociale du service se rend sur place, on prévient l'assistante sociale du secteur du malade. Une convocation est adressée. Si le malade ne répond pas, ou refuse de reprendre le dialogue, nos démarches s'arrêtent là. Cette organisation peut paraître rigide et surtout sévère. Pourtant, nous estimons que l'alcoolique a besoin de sentir près de lui une présence, médicale en l'occurrence, présence sur laquelle il puisse compter, solide autant qu'elle a été efficace lors de la prise en main. Toute surveillance qui doit être bienveillante, mais qui se relâcherait, serait aussitôt interprétée comme une marque de désintérêt et d'abandon et précipiterait la rechute.

Ce mot de rechute appelle quelques commentaires. Pas plus que l'attitude du buveur dans la société, elle ne doit entraîner de jugement éthique de notre part. On peut même dire que le malade a le droit de rechuter, et l'expérience qu'il fait à cette occasion peut être bénéfique. Elle lui prouve que l'abstinence est difficile à supporter, que la moindre ingestion d'alcool le conduit inexorablement à la reprise de l'intempérance, ce qu'on lui avait dit, mais qu'il ne croyait pas. Il perd ainsi l'illusion de sa toute puissance sur l'alcool, doit reconnaître et assumer son incapacité à supporter ce toxique. La moindre prise d'alcool peut entraîner cette rechute : absorption d'un bonbon à la liqueur ou d'un verre de sirop de cassis, (ce sirop contient un peu d'alcool). Il attire souvent les malades car sa couleur rappelle celle du vin rouge, parfois après avoir mangé une viande en sauce qui contenait du vin, comme le civet de lapin. Il est certains malades qui rechutent plusieurs fois et ensuite se stabilisent dans l'abstinence. Il est possible parfois de stopper l'évolution d'une rechute en visite de dispensaire et de manière ambulatoire, mais en principe, toute rechute doit entraîner une réhospitalisation. Leur répétition est un signe défavorable, encore qu'elles doivent être acceptées par le médecin comme des échecs inévitables.

Il est sûr, que parmi les qualités que l'on demande à un médecin chargé de suivre des alcooliques, (et aussi les malades mentaux qui rechutent tout aussi souvent), l'une des plus importantes et aussi des plus éprouvantes est la capacité d'assumer les soins à long terme d'un même malade. L'organisation de la psychiatrie en secteur géographique, chaque service hospitalier prenant en charge l'assistance psychiatrique, et donc l'assistance aux alcooliques, d'une région strictement délimitée, permet d'assurer l'unité de soins. Avec le phénomène d'accumulation au fil des années, on arrive à ce résultat que nous avons plus de malades à l'extérieur qui réclament des soins, que nous n'en avons à l'hôpital. Or les équipes médico-sociales sont réduites, et ne peuvent faire face à cette demande.

En ce qui concerne les alcooliques, il est possible d'orienter le malade vers une tierce personne, tout en restant à l'arrière plan, prêts à intervenir en cas de besoin. Nous tentons de déléguer notre mission à des personnalités, à des assistantes sociales, à des personnes bénévoles qui peuvent réaliser à distance une continuité de la présence médicale. Le recours à des sociétés d'anciens buveurs est particulièrement souhaitable et

efficace. Dans les deux départements que dessert le service, existent essentiellement les deux mouvements "Vie Libre" et "Joie et Santé". Ce sont ces groupements qui peuvent prendre la relève de l'action médicale, à condition qu'ils ne concèdent pas seulement à la réhabilitation le caractère d'une rénovation mystique, qu'ils s'entourent aussi de conseillers médicaux et qu'ils accordent leur pratique avec la réalité de l'aide que les médecins peuvent leur prodiguer.

Au cours de la post-cure, peuvent se produire en dehors de la rechute, bien des circonstances qui doivent amener le médecin à intervenir. Nous passons sur les circonstances sociales, la provocation de la famille ou de l'entourage professionnel à la rechute, les rares complications du traitement par le disulfirame qui peuvent aller jusqu'à la confusion mentale, les occasions de rechute telles que les maladies intercurrentes, les traumatismes.

Nous insisterons par contre sur la fréquence des états dépressifs comme complication des cures de désintoxication. Nous verrons dans les résultats de notre enquête un nombre non négligeable de suicides, qui situe bien l'importance de cette complication. Parfois, la dépression est plus ou moins attendue, si l'on avait déjà pressenti sous-jacente à l'éthylisme une structure dysthymique, maniaco-dépressive ou mélancolique. Dans d'autres cas, la dépression apparaît après le traitement d'un alcoolisme "banal" pour lequel rien ne laissait prévoir cette évolution. Il arrive que les premiers symptômes se révèlent au cours de l'hospitalisation, en fin de séjour, et c'est une raison de plus pour préconiser des séjours d'une durée suffisante. Mais généralement, la dépression reste ignorée tant que le malade est protégé par le milieu hospitalier sécurisant. La nécessité de revoir le malade et son entourage dans les semaines qui suivent la sortie est donc impérieuse. Les tentatives de suicide chez un alcoolique sont loin de toute démonstrativité. Elles témoignent d'un désir réel d'en finir avec la vie, et le choix des moyens, (pendaison, noyade, arme à feu), qui les apparente aux suicides des mélancoliques en témoigne.

Dans le déterminisme de ces états dépressifs interviennent plusieurs facteurs :

- le malade guéri, sort pour ainsi dire, de l'espèce d'anesthésie dans laquelle le maintenait son toxique. Il réalise soudain la déchéance, les difficultés considérables auxquelles l'avait conduit la boisson. Cette prise de conscience brutale peut devenir insurmontable.

- le malade a pu trop attendre de la cure. Le "miracle" liait dans son esprit l'abandon de l'alcool à tout un changement de ses conditions de vie, à toute une remontée familiale, professionnelle. Celle-ci tarde-t-elle à se produire et le désenchantement est à la mesure des illusions entretenues.

- certains nous ont confié leur honte à réapparaître dans le cadre qui avait gardé le souvenir de leurs exploits au cours des ivresses passées.

- beaucoup compensaient depuis des années à l'aide de l'alcool diverses insuffisances ou difficultés d'adaptation, une "certaine difficulté d'être" avec laquelle brusquement ils vont se trouver confrontés et à laquelle ils ne pourront pas toujours faire face.

La cure est enfin l'occasion d'une victoire du surmoi, le triomphe d'une interdiction sur la satisfaction d'un plaisir et le but peut se trouver dépassé. Non seulement la boisson mais tout plaisir, va se trouver interdit au malade. Dans son désir de se punir, il va aller au delà, et l'on pourra observer : anorexie, baisse de libido, perte d'élan vital, tout le cortège de la symptomatologie dépressive.

L'une de nos patientes ne disait-elle pas :

" l'Espéral m'a dégoûtée de tout, et pas seulement du vin ".

L'alcool était devenu partie intégrante de la personnalité du sujet : l'en priver c'est en quelque sorte l'amputer, l'amoinvrir, le châtrer, l'exposer à la mort, comme si l'alcool avait été personnifié, (la mère), et comme si l'arrêt du toxique correspondait à une perte d'objet partiel ou total.

Il nous a paru intéressant d'étudier le parallèle entre le délai de survenue des dépressions après cure et celui des dépressions après deuil. Pour certains auteurs, en effet, un délai identique de 6 mois serait observé dans les deux cas. Nous n'avons guère d'éléments en faveur de cette hypothèse et le temps séparant la cure de l'épisode dépressif, et des suicides, nous a paru des plus variables.

L'existence de cette complication grave nous engage à prescrire dès que les premiers symptômes dépressifs sont dépistés, un médicament anti-dépresseur. Nous utilisons suivant que prédomine l'inhibition ou l'anxiété : l'Imipramine (4), la Triméprimine (5), l'Amitriptyline (6), sans atteindre de trop fortes posologies, (entre 50 et 100 mg.), car les alcooliques paraissent particulièrement sensibles aux surdosages en antidépresseurs, surtout quant au risque de survenue d'épisodes confusionnels.

Depuis que notre vigilance s'est renforcée pour le dépistage précoce de la dépression, non seulement la fréquence et la gravité de cette complication ont régressé, mais nous avons l'impression que la fréquence des rechutes s'en trouve diminuée. Il n'était pas rare en effet, que la survenue des phénomènes dépressifs avec leur vécu, pénible et douloureux, entraînât le sujet à recourir une nouvelle fois à l'alcool. La majorité de nos malades qui se sont suicidés n'avaient pas rebu. Certes, on pourrait penser que nous substituons une toxicomanie médicamenteuse à l'alcoolisme, mais en fait ces traitements n'ont jamais à être poursuivi très longtemps. Ils aident le malade à passer un cap difficile, et nous n'avons constaté la survenue d'aucune appétence médicamenteuse pathologique.

Nous sommes plus prudents en ce qui concerne la prescription d'amphétamines susceptibles de recréer un état de dépendance. Spontanément contre l'asthénie, la fatigabilité, les malades recourent au thé, au café, au tabac, parfois à des doses considérables (16 tasses de café pour l'un d'entre eux).

Ayant ainsi exposé le déroulement et les suites immédiates de la cure, nous pouvons aborder le dépouillement des résultats fournis par notre enquête et concernant le devenir éloigné des éthyliques ainsi traités.

4 Tofranil (ND), 5 Surmontil (ND), 6 Laroxyl (ND).

Chapitre IV

IV. - ANALYSE DES RESULTATS

Pour la commodité et la clarté de notre bilan, nous avons été contraints d'établir une classification rigide entre malades qui reboivent et qui ne reboivent pas, malades décédés et malades perdus de vue. Toutefois, nous avons introduit une catégorie intitulée "rechutes modérées" qui est loin de représenter une évolution entièrement négative. On peut dire que ce sont des malades dont l'évolution dans l'éthylisme a été stoppée. Ils ne sont pas abstinents, certains reboivent plus qu'ils ne devraient, mais, et ce sont souvent les paroles de l'entourage, "il n'y a rien de comparable avec avant". Le glissement vers la déchéance sociale a cessé. Le comportement dans le milieu familial est devenu compatible avec la tolérance de ce milieu. Au sens strict, ces cas sont des échecs, pourtant l'amélioration obtenue est déjà un résultat réconfortant dans la mesure où elle permet à ces malades de travailler, de faire vivre leur famille, même si quelques épisodes d'intempérance surviennent de temps en temps. Leur cure n'a pas réussi, mais ils en ont de toute évidence tiré bénéfice.

Dans un souci de nuances, nous avons établi une catégorie, numériquement, extrêmement faible, (8 cas), de sujets rebuvant "normalement", c'est-à-dire, dans notre esprit, ayant retrouvé une liberté vis-à-vis de l'alcool, capables de boire "un verre à chaque repas" et pas davantage. En soi, cette éventualité serait bien la guérison idéale, la seule vraiment satisfaisante.

Pourtant, lorsque nous avons examiné plus attentivement chacun des cas, nous nous sommes aperçus :

- que le recul était insuffisant, (inférieur à 3 ans), et que cette reprise de consommation "normale" risquait fort de se transformer, à brève échéance, en rechute totale, (1 cas).

- que ladite consommation "normale" était vécue dans un tel contexte phobique de dépasser la dose tolérée, qu'on ne pouvait véritablement parler de liberté retrouvée vis-à-vis du toxique, (4 cas).

- enfin, pour 3 de nos malades, l'alcoolisme comportait un aspect réactionnel majeur. La résolution du conflit entraînant ce type de guérison.

En somme, le dogme de l'abstinence totale nous paraît justifié. S'il veut guérir, l'alcoolique doit s'abstenir de toute boisson alcoolisée et pour toute sa vie.

Nous avons un exemple de rechute au bout de 11 ans d'abstinence, rechute aussitôt enrayée, mais qui semble avoir débuté à bas bruit par la tolérance d'une consommation de bière de plus en plus importante.

1) Les abstinents

Ils comptent 68 hommes et 14 femmes, soit 82 malades qui ont totalement cessé d'absorber des boissons alcoolisées. Ces chiffres représentent 30 % des malades traités,

avec une proportion légèrement supérieure pour les femmes, (31,8 %). Ceci concorde avec la plupart des statistiques établies sur les résultats à long terme des cures de désintoxication. Compte tenu du caractère particulier de notre recrutement, ce bilan nous semble assez satisfaisant. Ce sont les "bons" résultats, encore qu'il convienne de nuancer quelque peu cet optimisme.

Plus haut, nous parlions de certaines rechutes modérées qui étaient finalement des succès. Maintenant, il faut bien dire que certaines abstinences ont un aspect très pathologique. Elles signifient seulement un arrêt de l'intoxication, (ce qui est déjà considérable), mais l'organisation de vie reste anormale, l'adaptation sociale médiocre, la personnalité n'a subi aucune maturation, et on peut même considérer que la phobie de l'alcool est venue compléter un tableau psychologiquement perturbé.

OBSERVATION n° 1

CAR... Jean-Baptiste, né en 1920, ouvrier d'usine, célibataire.

Il s'agit d'un névrotique anxieux, vivant seul avec sa mère veuve.

Cure en 1963 motivée par une baisse de l'état général et la promesse d'un avancement dans son usine. Fidélité aux épreuves de post-cure jusqu'en 1966. En 1967 : il est toujours avec sa vieille mère, "celui qui prend la bouteille, ne prend pas la femme", dit-elle pour expliquer le célibat de son fils. Il n'a pu passer le permis de conduire car il est trop anxieux. Stabilisé dans son emploi, mais il refuse les responsabilités. On peut porter le diagnostic d'abstinant phobique.

Nous avons dit tout le bien que nous pensions des groupements de buveurs guéris. Toutefois, certains militants ont dans leur activité des motivations et des comportements quelque peu pathologiques.

L'épouse de l'un d'eux nous déclarait qu'elle voyait encore moins son mari depuis qu'il se dévouait pour le mouvement que lorsqu'il allait boire avec ses amis. Cet homme était particulièrement satisfait par la création d'un foyer appartenant à l'association et où n'étaient servies que des boissons sans alcool. Il y passait toutes ses soirées, gérait le bar, retrouvait en somme une ambiance de "bistrot". Au besoin, comme il s'agissait d'un homme robuste, il était chargé de la police du local.

Tel autre déploie un prosélytisme intempestif et envahissant, dépiste en chaque buveur un alcoolique qui s'ignore, veut amener à la désintoxication, de gré ou de force, chaque cas qui lui est signalé.

Un autre nous vantait le mérite des implants, (qu'il n'avait pas subi lui-même), et racontait avec une certaine satisfaction de véritables enlèvements réalisés au domicile d'alcooliques récalcitrants. Nous avons entendu également vanter le temps où nous traitions les alcooliques en services fermés "avec les vrais fous" avant la création du service libre. Le sujet en gardait un souvenir ému, comparable à celui d'une campagne guerrière qui le revalorisait : "j'y ai passé, c'était dur, mais ça réussissait mieux. Ça nous forçait à comprendre". Par certains aspects, ce point de vue peut d'ailleurs se soutenir...

Nous connaissons également l'exemple d'un malade qui fut l'enjeu de deux associations rivales et qui fut "enlevé" par l'ambulance frêtée par l'une, quelques heures avant l'arrivée d'une autre ambulance appartenant au 2ème groupement. Ces quelques anecdotes ne constituent pas un dénigrement systématique, et ne doivent pas faire oublier une foule de dévouements et de bonnes volontés, respectables et efficaces.

L'alcoolique devenu abstinant n'est pas toujours récompensé, et son mérite n'en est que plus grand. La cure quelquefois rend officiel un alcoolisme jusque là, sinon méconnu, du moins bien toléré par le milieu. Etre alcoolique était une chose mais avoir été désintoxiqué représente pour le public une étape de plus, un indice de gravité de l'alcoolisme. "On l'a enfermé à l'hôpital psychiatrique pour le désintoxiquer" et le rejet lié à la maladie mentale s'ajoute à la réprobation du "vice" alcoolique.

L'un de nos malades, petit artisan a souffert après sa sortie, d'une désaffection importante de sa clientèle, ce qui le plaça dans une situation financière difficile.

Au retour à l'usine, on a parfois profité de l'absence du malade pour le remplacer dans un poste qu'il tenait mal au temps de son intoxication, et cette frustration lui donne l'impression qu'il a perdu la confiance de ses employeurs et que ceux-ci ne sont pas très optimistes quant à son avenir. Plus souvent, heureusement, médecins du travail, assistantes sociales, employeurs, s'efforcent de reclasser le sujet dans un poste qui ne le dévalorise pas.

Sur le plan conjugal, les promesses de l'épouse ne sont pas toujours tenues et plusieurs séparations sont intervenues, malgré la réussite d'une cure qui devait être la "dernière chance".

Dans l'ensemble toutefois, le maintien de l'abstinence entraîne au moins le statu quo professionnel et plus souvent une promotion réelle. L'amélioration du niveau de vie qui en découle contribue à restaurer le climat familial. La participation à la société dite de consommation semble jouer un rôle favorable dans le maintien de l'abstinence, l'acquisition du confort ménager, de la télévision, d'une voiture, sont autant de buts successifs qui concrétisent le changement de vie de l'ancien buveur et l'encouragent à persévérer. Le rôle bénéfique de la télévision qui retient l'homme à la maison après son travail, et remplace le débit de boisson, est souvent signalé. Après plusieurs années de recul nous avons constaté un changement profond dans l'attitude de certaines épouses, décrites de manière très péjorative lors des visites qu'elles avaient faites à l'hôpital. Pour beaucoup de malades la cure a véritablement été le point de départ d'une vie nouvelle : mariage pour des célibataires, survenue d'un enfant pour les couples sans descendance, remariages réussis dans des cas où le conjoint avait sans doute un rôle particulièrement néfaste, prises de décisions importantes et salutaires telles qu'un changement d'activité professionnelle, un changement de résidence, l'extension d'une entreprise ou d'un commerce.

OBSERVATION n° 2

GAD... Marius, né en 1917, exploitant forestier, marié, sans enfant. Son père était éthylique.

Il boit lui-même depuis une dizaine d'années. Déboires professionnels : il est au bord de la faillite. Entre à l'hôpital en 1956 à l'occasion d'un épisode confusionnel aigu. Dépressif en post-cure durant 6 mois.

En 1967 : exceptionnelle ascension professionnelle : il est à la tête d'un commerce de bois très prospère. N'a jamais rebu. A eu deux enfants en 1964 et 1967. Il est à noter la solidité de l'attachement au médecin qui l'a soigné, dont témoigne chaque année l'envoi d'une lettre au vœux du 1er janvier.

OBSERVATION n° 3

EXC... François, né en 1924, ouvrier de fonderie, célibataire.

Il entre pour la première fois en 1958 en état confusionnel avec menaces de suicide. Il vit avec sa mère dans une mésentente notable, (disputes, coups, etc...). Il boit depuis son service militaire, a fait de mauvaises affaires, et de boulanger, est devenu ouvrier sans qualification.

Une première cure est pratiquée en 1958.

Une deuxième en 1959 après rechute à la bière.

Cinq hospitalisations interviennent entre 1959 et 1961 pour syndrome dépressif. Troisième cure en 1961. En 1967 : il s'est marié par les petites annonces, il y a 4 ans avec une veuve mère d'une fille de 14 ans. Il a quitté la région, travaille dans une laiterie, ne boit plus. Sa thymie semble stabilisée. Il vient d'acheter une voiture neuve et donne d'excellentes nouvelles à sa mère.

OBSERVATION n° 4

GRU... François, né en 1921, ouvrier, marié, 3 enfants.

Il est hospitalisé sur les conseils de "Joie et Santé". Troubles caractériels dans le milieu familial. D'origine paysanne, il est brouillé avec ses beaux-parents propriétaires de la ferme et travaille à la ville voisine depuis 10 ans. Difficultés d'adaptation et début de l'éthylisme lors du passage en usine.

Cure en 1962 : léger syndrome dépressif en post-cure avec impuissance sexuelle.

En 1967, il milite à "Joie et Santé". N'a jamais rebu. Les troubles caractériels ont disparu, l'état général est florissant. Il fume deux paquets de cigarettes par jour et consomme beaucoup de café. La belle mère lui a acheté un tracteur comme si elle parlait de la récompense d'un enfant sage. A l'usine il a un poste plus intéressant et plus rémunéré (conduit un énorme tracteur dont il paraît très fier).

OBSERVATION n° 5

KER... Louis, né en 1923, veuf, un enfant, ouvrier.

Ethylisme récent après rupture d'une liaison. Ivresses pathologiques agressives. An-

cien tuberculeux pulmonaire. Il est adressé en 1961 par "Vie Libre". En 1963, nouveau séjour motivé par un épisode dépressif sans reprise de l'éthylisme.

En 1967, remarié, a eu un enfant. Travaille régulièrement. Milite à "Vie Libre". Il s'est arrêté de fumer en même temps que de boire de l'alcool, (consomme pas mal de café). Lorsqu'il a été tenté de boire, il nous confie qu'il pensait "à tous les gens qui l'avaient aidé et qu'il décevrait en buvant à nouveau". Il n'était pourtant jamais revenu aux épreuves de post-cure.

- la répartition par profession montre une nette proportion en faveur des classes les plus favorisées : cadres et employés d'administration, catégories dans lesquelles les bons résultats atteignent environ 50 % des malades traités. Les sans profession masculins, ne comptent aucun abstinents. Les autres catégories se rapprochent du résultat global de 30 %.

- la répartition par situation familiale à l'entrée met en évidence la très faible réussite chez les isolés, non pas tant les célibataires et les veufs que chez les divorcés ou séparés, (7 abstinents sur 34 dans cette catégorie).

- par rapport au nombre de cures, nous constatons que 52 abstinents hommes sur 68 et 13 abstinentes femmes sur 14 ont été guéris après une seule cure. Cette donnée paraît importante car elle va à l'encontre des affirmations selon lesquelles la multiplication des traitements de désintoxication n'est aucunement synonyme de pronostic péjoratif. Les malades chez lesquels le traitement doit réussir se révèlent semble-t-il à la première cure. Ceci n'est pas un argument pour nier toute utilité au renouvellement des efforts thérapeutiques. Si au prix d'un séjour hospitalier tous les 2 ou 3 ans, un buveur arrive à avoir dans l'intervalle une vie sensiblement normale et à se rapprocher de temps à autre de l'idéal de l'abstinence, on doit considérer qu'un certain résultat est déjà atteint.

- la confrontation avec les diagnostics psychiatriques montre une forte proportion de réussite pour les éthylismes névrotiques, (22 hommes sur 37). L'éthylisme "d'habitude" se situe dans la limite des 30 % de bons résultats globaux.

Les déséquilibrés par contre sont très mal représentés parmi les abstinents, (5 sur 57), encore s'agit-il pour ces 5 cas d'abstinences récentes et susceptibles de réversibilité...

Pour les psychotiques, et structures psychotiques, les résultats divergent pour les hommes et les femmes. Chez celles-ci, nous obtenons 8 abstinences sur 14 malades traitées. Pour les hommes 5 sur 41. L'explication nous paraît se situer dans la fréquence des dysthymies dans cette catégorie chez les femmes. Il s'agit en particulier de structures mélancoliques qui paraissent plus accessibles à une thérapeutique conjuguée de l'alcoolisme et de la psychose que d'autres structures telle que la schizophrénie.

- Le recul par rapport à la dernière cure varie de 1 à 12 années. Encore qu'une rechute soit toujours possible, le cap des 3 ans nous semble le seuil indispensable avant lequel il est difficile de parler de guérison. Un éthylique resté sobre au bout de 3 ans a de bonnes chances pour le rester par la suite. La première année, le pourcentage d'abstinents approche 75 %. Il tombe au-dessous de 50 % la deuxième année. Au-delà, la sta-

bilisation se fait aux alentours des 30 %. Nous avons écrit que pendant 2 ans le malade était suivi et revenait régulièrement à l'hôpital pour ses épreuves. En fait, parmi nos abstinents, tous n'ont pas suivi jusqu'au bout les 2 ans de post-cure. Certains ne sont même jamais revenus à l'hôpital et sont arrivés à tenir. D'autres se sont lassés où n'ont plus ressenti le besoin de contact avec le milieu soignant au bout de quelques mois. Par contre, il existe des gens pour lesquels la rupture du lien établi semble impossible, et certainement dangereuse. Après 4 ou 5 ans, ils reviennent fidèlement tous les 3 mois, tous les 6 mois, ou une fois par an subir une épreuve, et continuent à prendre scrupuleusement leur Espéral.

OBSERVATION n° 6

ZUR... Sidonie, née en 1914, séparée d'avec son mari, chiffonnière.

Ethylisme qui aurait débuté de manière réactionnelle après l'abandon du mari. Milieu très défavorable et très imprégné : mari éthylique, père et mère éthyliques ainsi que trois frères. Etat de déchéance physique et intellectuelle. Pronostic défavorable à l'entrée.

En 1968, contre toute attente, Mme Z. est restée d'une abstinence exemplaire. Elle travaille toujours dans la récupération, prend régulièrement son traitement, (1/4 comp.d'espéral). Vient tous les trois mois dans le service pour une épreuve et chercher le médicament qui lui est fourni gratuitement.

TABEAU EXPRIMANT LE RECU DE L'ABSTINENCE PAR RAPPORT A LA DERNIERE CURE

ABSTINENTS AVEC UN RECU DE	HOMMES	FEMMES	T O T A L
1 AN	8		8
2 ANS	4	2	6
3 ANS	11	2	13
4 ANS	7	2	9
5 ANS	8	1	9
6 ANS	12	3	15
7 ANS	8	1	9
8 ANS	4		4
9 ANS	4		4
10 ANS	1	1	2
11 ANS		2	2
12 ANS	1		1

- Le nombre des futurs abstinentes qui doivent être traités pour la survenue d'un syndrome dépressif en post-cure, nous paraît significatif, car il nous semble que ce sont les sujets qui passent par cette phase dépressive et qui la surmontent qui ont les meilleurs résultats. Nous retrouverons ainsi, signalés par le sujet ou par la famille ou par la présence dans le dossier de comptes-rendus de dispensaires avec prescriptions d'anti-dépresseurs :

- . 27 cas sur 68 abstinentes hommes,
- . 8 cas sur 14 abstinentes femmes de dépressions en post-cure.

Pour les hommes, le problème de l'impuissance au cours de la post-cure est d'une fréquence considérable, mais reste souvent caché. Ce trouble peut s'intégrer dans un état dépressif ou se manifester isolément. Il est peu influencé par les traitements hormonaux que nous sommes amenés à prescrire, dans une perspective essentiellement psychologique. En général, tout rentre dans l'ordre au bout d'une période de 6 mois à un an. Nous avons quelques exemples de cas où l'impuissance persiste après plusieurs années, mais le contexte est très particulier : l'épouse de l'un de nos malades qui nous signalait ce fait se réjouissait par ailleurs que son mari soit devenu très "gentil" et coopérant, l'aidât dans les tâches ménagères, préparât le petit déjeuner, fasse la vaisselle, etc... L'en-

tente du ménage était devenue parfaite au prix d'une dévirilisation du mari et tout dans le comportement de la femme évoquait ses tendances castratrices.

- La recherche d'une pathologie somatique particulière au buveur guéri ne nous a rien révélé de significatif. Le tabagisme associé explique sans doute la survenue de maladies classiquement liées à l'usage du tabac : artérite des membres inférieurs, cancer des voies digestives supérieures. Le buveur guéri ne paraît pas en être atteint dans une proportion supérieure à celle de l'ensemble des populations. L'attitude vis-à-vis du tabac est variable dans la post-cure. Le plus souvent la consommation augmente. Certains même sont devenus fumeurs à l'occasion de leur séjour hospitalier. D'autres dans un même élan de régénération sacrifient aussi le tabac, à la faveur de leur cure anti-alcoolique. Un de nos buveurs jeta au fond de l'eau à sa sortie d'hôpital tout son matériel de fumeur de pipe. Il reste abstinant après 6 années aussi bien pour l'alcool que pour le tabac.

- 2) Les buveurs normaux représentent 8 cas. Nous avons écrit plus haut ce qu'il convenait d'en penser. Citons 2 observations :

OBSERVATION n° 7

DER... André, né en 1920, marié, 3 enfants, employé d'administration.

Admis en 1962 pour un éthylisme remontant à 5 années. Etat prédiabétique avec glycosurie à 30g. Névrotique anxieux avec quelques éléments phobiques. Son père était éthylique et diabétique.

En 1968, promotion professionnelle. Il reboit de la bière modérément aux repas depuis 1963 et du vin "pour les grandes occasions", (témoignage du fils). Il fume davantage qu'avant la cure, (2 paquets par jour). Très strict, sur la quantité d'alcool qu'il peut se permettre, avec anxiété de rechute très intense. Donc boit "normalement" mais avec un comportement phobique vis-à-vis de l'alcool.

OBSERVATION n° 8

VAN... François, né en 1914, marié, deux enfants, commerçant, (café-restaurant).

Ethylisme "d'habitude" et professionnel. Il entre en 1963, sur les conseils d'une association d'anciens buveurs. Baisse d'état général, précirrhose, onirisme, tremblement. Mésentente conjugale. Dès 1964, il a rebu. Sa femme le quitte pour épouser un éthylique traité à l'hôpital en même temps que son mari. Nouvelle cure en 1964.

En 1968 :, il tient toujours son café qu'il a complètement modernisé. Il vit avec une "amie" qui paraît jouer un rôle maternel et se vante de l'avoir changé 100 % depuis qu'elle le connaît. En tout cas, l'éthylisme paraissait entretenu par le conflit conjugal. Il reboit uniquement du vin bouché et au repas mais ne se laisse pas entraîner par les clients. Très bonne présentation et état général transformé. Toutefois, la reprise d'une consommation "normale" est trop récente, (2 ans), pour qu'on puisse affirmer qu'elle n'évoluera pas vers la rechute massive".

3) Les rechutes modérées, au nombre de 21, revêtent 2 aspects principaux. De toute manière l'abstinence n'a pas tenu. Parfois, la boisson utilisée a changé : la bière a pu remplacer le vin. Les sujets, ou bien reboivent par périodes, après contrariétés, ou "coup de cafard" et observent dans l'intervalle une abstinence relative, ou bien ils ont repris une intoxication moyenne mais quotidienne.

Ils n'ont jamais été réhospitalisés, leurs comportements sont subnormaux, leur adaptation se maintient et on peut au moins dire que la cure leur a rendu service. Ils ont généralement été culpabilisés par notre visite, s'excusent presque de n'avoir pu faire mieux. Certains déclarent qu'ils reviendraient volontiers à l'hôpital s'il le fallait un jour. L'aveu de ce type de rechute est en général plus facile à obtenir que celui de la rechute massive, laquelle se dissimule souvent derrière des serments trémulants sur la fidélité aux eaux minérales.

OBSERVATION n° 9

VIL... Martin, né en 1912, marié, 5 enfants, ouvrier-pâtissier.

Première cure en 1953 en hôpital général. Il vient de passer un mois en prison pour menaces et coups dans le milieu familial. Sa femme a demandé la séparation. Diminution du sens éthique avec peut-être histoire incestueuse avec sa fille aînée âgée de 21 ans.

Structure hypomaniaque. Traité en 1959.

En 1957, il a rebu trois ans après sa cure, mais arrive à se modérer et n'a jamais repris sa consommation antérieure ni ses troubles du comportement. A l'usine, on est satisfait de lui. Il boit surtout par accès le samedi et le dimanche. Depuis qu'il s'est acheté une voiture, il a très peur de l'infraction pour conduite en état d'ivresse et se montre encore plus raisonnable. L'ambiance familiale est bonne. Appartement très bien meublé et très bien tenu. Il s'agit d'un exemple typique de rechute modérée constituant un résultat très positif.

En pourcentage, les rechutes modérées représentent 8 % des cas. Le tableau ci-dessous précise le recul dans le temps dont nous disposons pour les 2 catégories : buveurs normaux et rechutes modérées.

APRES	2 ANS	3 ANS	4 ANS	5 ANS	6 ANS	7 ANS	8 ANS
(8) BUVEURS <u>H</u> "normaux" <u>F</u>	1		5	1			
						1	
(21) BUVEURS <u>H</u> modérés <u>F</u>	6	1	1	4	3	2	2
	1			1			

4) Les rechutes représentent 67 cas, soit 25 % des malades traités. 55 hommes et 12 femmes. C'est l'éventualité la plus frappante, celle dont on parle le plus volontiers pour renforcer le vieil adage "qui a bu boira" et pour prouver la vanité des cures de dégoût. Il faut bien admettre qu'il existe des individus au-dessus des ressources thérapeutiques actuelles. Ceux qu'on qualifie d'alcooliques "invétérés". On peut penser que pour ces sujets l'alcool est devenu tellement indispensable, tellement intégré à des mécanismes complexes de stabilité du milieu ou du psychisme individuel, que les en priver équivaldrait à les faire mourir. A peine sortis de l'hôpital ils reboivent, quelquefois par provocation, quelquefois par masochisme car ils sont encore imprégnés de disulfirame et le premier retour à l'alcool est loin d'être agréable, plus souvent par dépression et nous pensons que beaucoup se suicideraient s'ils ne rebuvaient pas. FENICHEL parle de "ces personnes en état d'impuissance pharmacologique" qui essaient de poursuivre avec acharnement un bonheur inatteignable.

Pour la majorité d'entre eux la rechute signifie la reprise de leur glissement social. On les retrouve un peu plus dégradés physiquement et intellectuellement un peu plus misérables qu'à leur dernier séjour. En habitat urbain, nous avons été frappés de la fréquence avec laquelle nos "clients" occupaient les derniers étages, repoussés sous les combles dans les logements les moins confortables et les moins chers. Dès le palier, nous pouvions pressentir la rechute à ce que BAILLY-SALIN appelle le signe de la clé : tout autour du trou de serrure, la porte est rayée par la clé hésitante des soirs d'ivresses, et à hauteur des pieds le bois porte la trace de coups inspirés par la colère ou l'impatience. A plusieurs reprises, nous sommes arrivés en plein tableau d'ivresse aigüe.

Nous nous sommes parfois heurtés à des conjoints irascibles, franchement paranoïaques, suspectant les motivations de notre démarche nous priant même d'aller demander une autorisation de visite au commissariat voisin. Dans un cas particulier, nous avons pu établir de manière formelle le diagnostic de délire de jalousie avec hallucinations et interprétations chez l'épouse d'un de nos malades. Traqué par le vindicte conjugale, il nous expliqua que le café était son seul refuge...

La plupart de nos "rechutants" ont fait l'objet de plusieurs cures souvent dans plusieurs centres successifs. Le pronostic est mauvais lorsque la rechute survient de manière rapprochée, dans les six premiers mois de post-cure. Il semble que lors des traitements ultérieurs cet intervalle ne fasse que diminuer. La fréquence des rechutes apparaît très grande dans le cadre des déséquilibrés psychiques et chez les isolés, (divorcés ou séparés).

OBSERVATION n° 10

BOI... René, né en 1910, divorcé, 4 enfants, ex-mécanicien-dentiste, tendance cyclothymiques.

Il boit depuis vingt années "sans plaisir contre le cafard et la timidité". Dépression accrue depuis le départ de sa femme. Il est sans travail depuis un an.

Première cure en 1960; deuxième en 1961.

En 1963, il reboit "de temps à autre".

En 1967, il vit chez sa mère et à ses dépens, travaille très irrégulièrement. Souvent ivre, il déclare "qu'il est pressé d'en finir avec la vie". Trouve des emplois de plus en plus bas niveau. Il aurait une maîtresse très âgée, (près de 70 ans).

OBSERVATION n° 11

VIA... Marcelle, femme âgée de 61 ans lors de sa première admission en 1964.

Mariée, elle a un fils unique âgé de 20 ans. Elle travaillait autrefois comme employée de bureau. Ethylisme très secret longtemps méconnu du mari : "c'est un scandale dans ce milieu très strict". Elle a "toutes les ruses" dit le mari : dissimule ses bouteilles, truque ses comptes lorsqu'elle va chez les commerçants, s'enivre jusqu'à être ivre-morte. L'éthylisme est utilisé pour "brimer" le mari auquel elle reproche son avarice et sa méticulosité obsessionnelle, (réelle). Lui, masochiste faible, effacé, cultivant la délection morose "victime du vice de sa femme", retrouve une position dominante dans le couple à la faveur de la déchéance de son épouse. Elle entre en 1964 en état de pré-délirium. Traitement par vitamines et strychnine, on ne pratique pas de cure.

Rechute en 1965. Cure à l'Espéral. Rechute en 1966 après épisode dépressif important, nouvelle cure.

Rechute pratiquement immédiate à la sortie de l'hôpital avec reprise de l'équilibre conjugal pathologique.

OBSERVATION n° 12

CAS... Joseph, né en 1915, marié, 6 enfants, charpentier, hospitalisé en 1961 après consultation en dispensaire d'hygiène mentale. Violences familiales, ivresses clastiques. Il a déjà subi une cure un an auparavant, son père était éthylique. Lui-même est vraisemblablement un déséquilibré. En janvier 1962, il reboit, subit une nouvelle cure en hôpital général en 1964, puis à nouveau à l'hôpital psychiatrique en 1965, en Octobre 1965 il reboit toujours.

En 1967, on le trouve en état d'ivresse. Il a été mis à la porte de toutes les entreprises de la ville, travaille tout au plus 8 jours par mois. Sa femme est traitée pour dépression mélancolique. Lui nous joue une grande scène de démonstration virile : "il est travailleur de force... il a fait la guerre... il a tenu un an sans boire après sa première cure, preuve qu'il a de la volonté !" (sic)... il est costaud puisqu'il a bu même en continuant de prendre de l'Espéral". Il nous dit qu'il supporte si peu l'eau qu'il se lave le matin le visage à l'alcool à 90°, (sans doute en boit-il un peu car le pharmacien refuse maintenant de lui en fournir). Il bat sa femme qui se montre d'une docilité extraordinaire.

OBSERVATION n° 13

PIN... Michel, né en 1937, célibataire.

Admis en 1956. Déséquilibre psychique grave : fugues, vols, boisson, instabilité professionnelle. Traumatisme crânien à 16 ans par accident de moto. Essai d'engagement dans les parachutistes coloniaux, mais il a été refoulé après avis médical. Cure en 1957.

En 1963, le père donne d'excellentes nouvelles. Il s'est "rangé", travaille comme transporteur routier, et vient d'épouser une mère célibataire.

En 1968, on voit sa mère qui nous apprend qu'après une période de stabilité la situation est à nouveau catastrophique. Il vient de faire 15 mois de prison pour cambriolage. Il est sans travail depuis six mois. Il reboit, est violent au cours des ivresses, sa femme a demandé le divorce.

OBSERVATION n° 14

GAV... Eugène, né en 1908, marié, 2 enfants, employé de bureau à l'E.D.F., ex-sous-officier de carrière.

Structure paranoïaque. Il a été hospitalisé en 1963, amené par les responsables de "Joie et Santé" à la faveur d'une ivresse. Il a déjà fait l'objet de quatre cures en hôpital général, la dernière il y a deux ans. Sa femme l'a déjà quitté à plusieurs reprises. Elle avait avant le mariage une crainte phobique d'épouser un alcoolique. Très masochiste, elle a repris la vie commune après trois introductions d'instances en divorce. Malade perdu de vue dès sa sortie.

En 1968, il a rebu un mois après la cure. Ivre, il devient violent. Il a perdu son emploi à l'E.D.F. De plus en plus paranoïaque. Il a une haute estime de lui-même, en veut aux médecins de l'hôpital, aux infirmiers, à sa femme, aux responsables de "Joie et Santé". Sa femme paraît terrorisée. Il la soupçonne d'avoir écrit en cachette à l'hôpital pour nous prévenir et ne veut pas croire à une visite fortuite de notre part.

OBSERVATION n° 15

VOL... Odette, née en 1926, mariée, 1 fils, ouvrière d'usine.

Quatre cures antérieurement, la dernière il y a 6 ans. Structure cyclothymique. Ethylisme paroxystique coïncidant avec des phases dépressives. Un frère de la malade, vagabond s'est suicidé à l'eau de vie. Le père et la mère étaient alcooliques. Enorme conflit conjugal. Couple sado-masochiste. Elle appréhendait d'épouser un homme qui ressemblait à son père. En fait, le mari est lui-même imprégné, violent, la bat, la méprise, lui reproche son "vice". Elle trouve dans chaque ivresse l'occasion d'une nouvelle humiliation. Cure en 1966, rechute en 1967 avec dépression grave et idées de suicide. Deux nouvelles rechutes en 1968. Le pronostic est des plus défavorables. Attitude de rejet de la part du mari qui pousse littéralement à la rechute.

OBSERVATION n° 16

SYL... André, né en 1906, maçon, marié, 7 enfants. Entre en 1963 sous la menace

d'un signalement comme alcoolique dangereux. Tyran domestique qui manipule à tout propos un fusil de chasse inquiétant. Ethylisme ancien et semble-t-il "professionnel". Dans les antécédents : traumatisme crânien avec trépanation, fracture de la colonne vertébrale.

En 1968, il a rechuté au bout de deux ans. Ses "amis" de chantier ont mis du rhum en cachette dans son café pour le faire boire ! Il redevient irritable sans être encore violent. Les enfants ont rendu le fusil de chasse. Il refuse tout traitement. Sa femme en a peur et ne voudrait surtout pas qu'il sache qu'elle nous a donné ce renseignement.

5) Les décès, au nombre de 41, soit 15 % des sujets traités, ils appellent les commentaires suivants :

- 5 malades ont succombé à un cancer de localisation pulmonaire, (3 cas), laryngée, (1 cas). Pour ces 4 sujets existait un tabagisme associé à l'alcoolisme. Une femme est décédée d'un néoplasme utérin.

- 6 malades ont présenté des accidents vasculaires cérébraux ou coronariens.

- Les autres décès sont survenus soit directement du fait de l'alcoolisme, (cirrhoses-délirium, cachexie démentielle), soit du fait de maladies intercurrentes devenues fatales par l'existence d'un terrain fragilisé, (affections pulmonaires le plus souvent).

Nous insisterons particulièrement sur les 13 cas de suicides observés auxquels devaient s'ajouter 3 cas "d'accidents" éminemment suspects, mais dont la motivation suicidaire n'a pas été prouvée formellement.

Parmi ces 13 suicides, nous dénombrons :

- 6 pendaisons,
- 2 noyades,
- 2 absorptions médicamenteuses,
- 1 décapitation par le train,
- 1 précipitation d'une falaise,
- 1 suicide par arme à feu.

Dix de ces malades n'avaient jamais rebu.

Le délai de survenue du suicide par rapport à la cure varie de 2 jours à 7 ans. Les suicides précoces peuvent correspondre à la perte de la sécurisation du milieu hospitalier ou à des difficultés majeures de réinsertion, sans qu'il y ait eu abandon de la part du Service : l'un de nos malades, s'est suicidé 3 jours après sa sortie, un autre 8 jours après une visite de dispensaire, un autre 2 jours après un passage de l'assistante sociale à son domicile. Certains suicides éloignés demeurent encore parfaitement inexplicables et imprévisibles aux dires de l'entourage. Dans 3 cas au moins, rétrospectivement, les proches s'étaient aperçus depuis quelques temps du changement dépressif de l'humeur du malade, mais ne s'en étaient pas suffisamment alarmés. Nous prenons souvent désormais la précaution de prévenir le malade et sa famille à la sortie de la possibilité de survenue d'un état dépressif qui doit immédiatement faire alerter le Service.

Pour 3 sujets existaient des tentatives de suicide antérieures. Enfin, 2 d'entre eux

vaient un lourd passé traumatologique.

A l'examen des dossiers, les diagnostics psychiatriques permettent de classer ces sujets en :

- mélancoliques (3),
- déséquilibrés (4),
- schizoïdes (1),
- névrotiques (3),
- délirants (2),

(il s'agissait d'idées délirantes de persécution ou de jalousie consécutives à l'éthylisme chronique et s'accompagnent d'un certain degré de détérioration intellectuelle).

Huit d'entre eux avaient présenté des ivresses pathologiques, soit dépressives, soit agressives et clastiques.

Nous citons ci-dessous les observations les plus typiques.

OBSERVATION n° 17

MER... Pierre, né en 1915, cultivateur, marié, deux enfants.

Alcoolique dangereux qui tirait des coups de fusil de chasse sur le voisinage au cours de ses ivresses. Arrivé au stade de la pré-démence éthylique, (achats inconsidérés, fabulation, idées de grandeur et de persécution, hyperactivité sexuelle, tyrannie domestique). Il a été victime d'un accident de voiture en 1936 et d'un accident de travail en 1956. Plétorique obèse de 118 kg, un frère et une soeur sont décédés à l'hôpital psychiatrique. Il fait l'objet d'une cure en 1962. Légèrement déprimé deux mois après. Il continue à boire 4 à 5 litres d'eau par jour.

Revu en juillet 1963 au dispensaire : il ne rebovait pas, ne présentait plus aucun troubles du comportement, n'était pas déprimé, travaillait très bien. Huit jours plus tard, il se pendait.

OBSERVATION n° 18

CAS... Joseph, né en 1922, marié, ouvrier-soudeur.

Entré en 1956 en état sub-confusionnel avec onirisme, réactions anxieuses et clastiques. Structure dépressive mélancolique. Les thèmes oniriques étaient très inquiétants, (meurtres). Le père de l'épouse était alcoolique. Lui-même était mal accepté par sa belle famille, d'origine espagnole, il avait épousé la fille parce qu'elle était enceinte. Sa femme gagne davantage que lui et se charge de toutes les décisions du ménage. La cure est pratiquée lors d'un deuxième séjour en 1960. Il est à nouveau hospitalisé en 1961 pour un état dépressif. Sort avec un traitement par anti-dépresseurs. Suicide par pendaison deux jours après.

OBSERVATION n° 19

TOR... Marius, né en 1923, divorcé, sans profession, diagnostic de déséquilibre psychique.

Premier séjour en 1959 après tentative de suicide. Etat dépressif réactionnel à la situation d'échec sur les plans professionnels et conjugaux. En 1966, nouvelle hospitalisation après section volontaire des veines du poignet au cours d'une ivresse pathologique. Il vivait alors en concubinage avec une femme de 72 ans. Une cure est pratiquée mais des difficultés de réinsertion à la sortie entraînent une nouvelle tentative de suicide par noyade et il est à nouveau hospitalisé. Il sort en janvier 1967. Suicide dans la quinzaine suivante par absorption massive d'aspirine.

OBSERVATION n° 20

MAG... Claudius, né en 1907, célibataire, serrurier, hospitalisé pour la première fois en 1950 sur intervention de la police : voies de faits, menace l'entourage avec un fusil. Le mode de vie est très névrotique : il vit avec une femme de 10 ans plus âgée que lui, elle-même éthylique et se livrant plus ou moins à la prostitution. Cure en 1960 à l'occasion d'un deuxième séjour.

En 1968, son frère nous apprend qu'il s'est suicidé par pendaison en 1967, sept ans après la cure. Il n'avait jamais rebu, vivait dans la famille de son frère où il paraissait bien inséré, travaillait à l'atelier familial, allait à la pêche. Rien dans son comportement n'avait laissé prévoir son geste.

La survenue d'un état dépressif, et à plus forte raison d'un suicide avec tout ce que cet accident entraîne de culpabilité pour les proches, (et de projection sur les médecins et le traitement), sont des éventualités hautement préjudiciables à la réputation des cures dans le public.

Nous citerons un passage de la lettre d'un employeur dont l'ouvrier ne s'est pas suicidé, mais a succombé à une affection banale au terme d'une longue évolution dépressive. Cet homme nous écrit très culpabilisé, car c'est lui qui avait poussé au traitement :

"T... n'a jamais rebu, mais ensuite il s'est trafné si lamentablement, ayant si peu de goût à la vie, que je me suis demandé si je n'aurais pas mieux fait de le laisser se diriger vers la "cloche" qui aurait été son aboutissement fatal".

Il est certain que si cet homme n'avait pas échappé à toutes les convocations de post-cure et de dispensaire et avait bénéficié d'un traitement anti-dépresseur, l'évolution eût sans doute été différente.

6) Sur 270 alcooliques traités, nous comptons 37 "perdus de vue". La majorité de ces sujets font partie des "déséquilibrés" quelques-uns n'avaient déjà pas de domicile attitré lors de leur hospitalisation. D'autres ont continué une carrière particulièrement itinérante et irrégulière. Nous ne nous dissimulons pas que la plupart ont probablement rebu. Un petit nombre a quitté la région sans que les voisins aient connaissance de leur nouvelle adresse, mais les derniers renseignements recueillis étaient favorables. Lorsque nous ne disposions pas d'informations suffisantes, nous avons préféré ne pas nous prononcer sur le maintien de l'abstinence.

7) Enfin, 14 de nos éthyliques sont hospitalisés ou placés en hospice. La plupart sont du reste abstinents mais plus par contrainte et par impossibilité matérielle que par conviction. Dans ce groupe se retrouvent soit des états de détérioration intellectuelle évoluant vers la démence, et qui n'ont pu récupérer une existence autonome, soit des psychotiques graves dont le maintien à l'hôpital psychiatrique est motivé par des tendances auto ou hétéro-agressives très actives, le problème de l'éthylisme se trouve largement dépassé pour ces malades.

Arrivés au terme de cette étude, nous voudrions situer la cure de désintoxication à sa vraie place. Nous en connaissons désormais les limites. Ce n'est pas un miracle. C'est une chance qui est donnée au buveur. La réussite ne va pas sans difficulté. Elle n'est pas garantie à 100 %, elle reste toujours grevée de rechute possible.

Tout enthousiasme démesuré et tout optimiste de commande à propos des résultats de cure nous paraît aussi déplacé qu'une certaine ironie fataliste et malveillante que ne justifie absolument pas un bilan malgré tout, très positif.

TABEAU 1 - TABLEAU GENERAL RESUMANT LES RESULTATS.

	TOTAL	HOMMES	FEMMES
abstinents	82	68	14
buveurs "normaux"	8	7	1
rechutes modérées	21	19	2
rechutes	67	55	12
décédés	41	38	3
perdus de vue	37	28	9
hospitalisés	14	11	3
Total	270	226	44

ce tableau montre :

- une proportion sensiblement identique de bons résultats masculins et féminins (30%) d'abstinents).
- l'extrême rareté des buveurs redevenus "normaux". Les décès sont nettement plus élevés dans le sexe masculin.

Les rechutes franches représentent 25 % des malades traités.

TABEAU 2 - TABLEAU RESUMANT LES RESULTATS EN POURCENTAGES.

	abstinents	buveurs normaux	rechutes modérées	rechutes	décès	perdus de vue	hospitalisés
hommes	30 %	3 %	8,4 %	24,3 %	16,8 %	12,3 %	4,8 %
femmes	31,8 %	2 %	4,5 %	27,2 %	6,8 %	20,4 %	6,8 %
résultats globaux ramenés chiffres à l'unité	30 %	3 %	8 %	25 %	15 %	14 %	5 %

si l'on admet que "abstinents", "rechutes modérées" et "buveurs normaux" constituent des résultats favorables, on peut dire que le traitement a été utile à :

- 94 hommes sur 226 soit 41,5 % des cas
- 17 femmes sur 44 soit 38,6 % des cas

au total III malades sur 270 se classent dans ces catégories favorables, soit 41 % des cas.

TABEAU 3 - TABLEAU RESUMANT LES RESULTATS PAR ANNEE DE PREMIERE CURE.

année de absti I° cure	nents		buveurs normaux		rechutes modérées		rechutes		décédés		perdus de vue		hospitali sés ou en hospice		total	
	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f
1956	3				I		2		3		I		2		I2	
1957		3			I		I		5		2	I	I		I0	4
1958	2						I		5		I	I	I		I0	I
1959	5	I			2		6	2	2		4	I			I9	4
1960	4				3		4	2	6	I	2	2	2		2I	5
1961	I2	I		I	3		I0	I	7		5				37	3
1962	I4	3	3		3	I	7	I	4	I	4	I	2		37	7
1963	8	I	3		3		8		4	I	6	I		I	32	4
1964	8	2	I		I		4	2			2		2		I8	4
1965	I0	I			I	I	7	2	I		I	I	I	I	2I	6
1966	2	2			I		5	2	I			I			9	6
TOTAL	68	I4	7	I	I9	2	55	I2	38	3	28	9	I1	2	226	44

les chiffres paraissent indiquer une meilleure proportion d'abstinences maintenues les années où le groupe d'éthylques traités a été le plus important :

- 32 % d'abstinents en 1961 où avaient été traités 40 alcooliques
- 38 % d'abstinents en 1962 où avaient été traités 44 alcooliques
- 45 % d'abstinents en 1964 où avaient été traités 22 alcooliques

toutefois l'année 1963 ne vérifie pas cette impression (25 % d'abstinents pour 36 alcooliques traités).

TABLEAU 4 - TABLEAU DES RESULTATS EN FONCTION DE LA PROFESSION

	agriculteurs		artisans commerçants		employés d'administration		ouvriers		cadres		sans profession		retraités		total	
	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f
abstinents	2		6		I 3	I	4 I	2	4			I I	2		68	I 4
buveurs normaux			2				2		3			I			7	I
rechutes modérées	3	I			3		I 2					I	I		I 9	2
rechutes	I	I	3		8		38	2	I		2	9	2		55	I 2
décédés	5		4		5		I 8		I		5	3			38	3
perdus de vue	2		2		3		I 4				7	9			28	9
hospitalisés	2		I				3	I			4	2	I		I I	3
total	I 5	2	I 8		32	I	I 28	5	9		I 8	36	6		226	44

il est à noter une proportion légèrement supérieure des bons résultats pour les classes les plus favorisées (cadres et employés d'administration). Le pronostic très péjoratif pour les hommes sans profession s'explique par le facteur de gravité de l'alcoolisme dont témoigne cette situation.

TABLEAU 5 - TABLEAU DES RESULTATS EN FONCTION DE LA SITUATION FAMILIALE

	célibataires		mariés		veufs		divorcés		total	
	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f
abstinents	20	1	41	8	3	2	4	3	68	14
buveurs normaux	1		6			1			7	1
rechutes modérées	5		14	2					19	2
rechutes	9	1	36	6		3	10	2	55	12
décédés	11		23	3			4		38	3
perdus de vue	8	1	12	5	1	2	7	1	28	9
hospitalisés	5	1	2	1	1	1	3		11	3
total	59	4	134	25	5	9	28	6	226	44

ce tableau permet de dégager le pronostic extrêmement décevant des cures chez les isolés, non pas tant les veufs et célibataires que les divorcés ou séparés. Ceci ne semble pas se vérifier pour les femmes. Il est vrai que l'échantillonnage de cette catégorie est numériquement peu significatif

TABEAU 6 - TABLEAU DES RESULTATS EN FONCTION DU DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE.

	psychotiques		névrotiques		prédéments		déséquilibrés		éthylisme d'habitude		oligo- phrenes		éthylisme réactionnels		total	
	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f	h	f
abstinents	5	8	22	3	5		4	I	26		3		3	2	68	I4
buveurs normaux			3						3				I	I	7	I
rechutes modérées	9	I					2	I	6		2				I9	2
rechutes	8	2	5	2	2	I	I8	6	22					I	55	I2
décédés	I3	2	5	I	4		5		I1						38	3
perdus de vue	3		I	4			I3	4	9		2			I	28	9
hospitalisés	5	2	I		3		2	I							I1	3
total	43	I5	37	I0	I4	I	44	I3	77		7		4	5	226	44

les meilleurs résultats sont obtenus dans l'éthylisme réactionnel puis dans l'éthylisme "d'habitude" enfin dans l'éthylisme névrotique.
les psychotiques et structures psychotiques comptent un nombre de décès élevé (dont quelques suicides).
les plus mauvais résultats concernant le groupe des déséquilibrés psychiques.

CONCLUSIONS

L'étude du devenir éloigné de 270 éthyliques, en dégagant les facteurs qui conditionnent la réussite de leur traitement, montre que le problème de l'alcoolisme en général dépasse l'assistance psychiatrique telle qu'elle existe actuellement. Cependant, les résultats obtenus dans le cadre de la sectorisation et du travail effectué par l'équipe médico-sociale permettent d'entrevoir des possibilités d'efficacité accrues.

En effet, le bilan de l'expérience considérée, met en évidence un maintien de l'abstinence pour 30 % des malades, dont plus des trois quarts bénéficient d'un recul de plus de 3 ans. Pour 3 % des malades le retour à une consommation normale a été obtenu, et pour 8 % la rechute constatée marque un progrès par rapport à l'imprégnation antérieure.

Il est donc possible d'estimer que le traitement a véritablement rendu service à 41 % des malades. Certains échecs, dont le mécanisme est mieux compris, parviennent à être surmontés. Il en est ainsi des rechutes liées à la survenue d'un état dépressif.

Il apparaît que les résultats pourraient être améliorés, par l'intensification de l'action sur l'environnement de l'éthylique, la multiplication des contacts avec les familles, des visites à domicile, des thérapeutiques de groupe réunissant les anciens buveurs et leur proches, et par l'assurance d'une présence effective au cours de la post-cure. Il serait souhaitable que se créent à cet effet, des équipes médico-sociales mobiles et disponibles, suffisamment formées et structurées et consacrées exclusivement au traitement de l'alcoolisme, assurant une réelle continuité thérapeutique.

En outre, il nous a semblé que le rôle du médecin sera grandement facilité lorsque son intervention aura perdu tout caractère imposé, autoritaire ou répressif, pour devenir vraiment prophylactique et s'appliquer à des stades de la maladie alcoolique où tout peut encore être gagné.

Le Président de la Thèse :

Paul Girard

VU et permis d'imprimer

LYON, le 30 octobre 1964

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,

E. Louis

E. LOUIS

VU, le Doyen :

J. F. Cier

J. F. CIER



BIBLIOGRAPHIE

- 1- BARON J. Bilan de trois années de cure de désintoxication alcoolique
dans le service de médecine générale d'un hopital de 2ème ca-
tégorie.
Thèse Paris 1965

- 2- BASQUIN M. Etude de 50 cas d'éthylisme féminin
OSOUF C. Revue de l'alcoolisme II N°3 juillet-Septembre 1965
pp 173-180

- 3- BASTIDE H. L'évolution de l'alcoolisme en France
La vie médicale 41 novembre 1965
pp 1615-1628

- 4- BERNE E. Des jeux et des hommes
Psychologie des relations humaines
Stock 1966

- 5- BLANC HT. Social factors on Alcoholism
OVERTIN WF. Quaterly journal of studies en alcohol
CHAFETZ ME. vol. 24 N° 4 décembre 1963
pp 640-663

- 6- BLONDIN A. Un singe en hiver
ed. de la Table Ronde 1959

- 7- BOREL J. Le vrai problème de l'alcoolisme 1957

- 8- BRUNEAU P. La place des sociétés abstinentes dans le traitement de l'alco-
olisme
Thèse Rennes 1963

- 9- BRETTON G. Quatre ans de lutte antialcoolique à CLAIRVIVRE
BRETTON R. Information psychiatrique
REVOL H. N° 4 novembre 1968 pp 361-375

- 10 - CLINEBELL (HJ.) Philosophical and religious factors in the étiologie and treat-
ment of alcoholism
Excerpta médica Neurology and Psychiatry
vol.17 N°3 mars 1964 pp 361-362

- 11-CHODORKOFF B. Alcoholism and ego function
Quaterly journal of studies on alcohol
vol. 257 N° 2 juin 64 pp 292-299

- 12-COUDRAY P. L'alcool élément d'équilibre et de vie
SERISE M. Revue de l'alcoolisme T II N°3 juillet-septembre 1965
FREOUR P. pp 181-186
CHARRIER Y.

- 13-DESHAIES G. Aspect psychique de l'alcoolisme chez la femme
vie médicale 46 novembre 1965 pp 1739-1747
- 14-DESHAIES E. Les problèmes psychologiques de la femme de l'alcoolique
vie médicale 46 novembre 1965 pp 1731-1736
- 15-DIJON H. Une enquête sur l'alcoolisme féminin
semaine médicale 41 n° 14 septembre 1965
pp 269-271
- 16-DUBLINEAU J. L'action des services sociaux dans l'alcoolisme
TALEGHANI M. revue de l'alcoolisme T 13 N°2 avril-juin 1967
pp 87-102
- 17-DUCHENE H. La loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux, son ap-
BAILLY SALIN P. plication
revue du Praticien T 14 N°4 février 1964
pp 443-447
- 18-DUCHENE H. Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie
BAILLY SALIN P. revue de l'alcoolisme n°4 1962
pp 305-320
- 19-ENGESSET A. The incidence of peptic ulcer among alcohol abusers and non
LYGREN T. abusers
IDSOE R. neuro. and psy. Médica-New-and
vol. 17 n°7 juillet 1964 pp 924
- 20-EY H. Manuel de psychiatrie
Masson ed. 1963
- 21-FELDMANN H. Contribution à la thérapeutique biologique de l'alcoolisme
Expansion scientifique française 1950
- 22-FENICHEL O. La théorie psychanalytique des névroses
P.U.F. 1953 I
pp 458-462
- 23-FITZGERALD S. Tendre est la nuit
- 24-FONTAN M. L'alcoolisme féminin
Revue du Praticien T 14 n°4 février 1964
pp 419-424
- 25-FOUQUET P. Une thérapeutique de l'alcoolisme
PUF. 1956
- 26-FOUQUET P. les névroses alcooliques
Encycl.méd. chir.psy. 37380 (10)

- 27-FOUQUET P. Alcool et religion
27 ème congrès international "Alcool et Alcoolisme"
Francfort septembre 1964
- 28-FOUQUET P. Essai sur les critères de guérison de l'alcoolisme
ROBERT R. Ann. Méd. Psych. 1952 110 I.1p 236
- 29-FRIDMAN V. Analyse du groupe des alcooliques traités durant 1967 au dis-
CITAKOVIC D. pensaire de BELGRADE pour le traitement de l'alcoolisme.
ALKOHOLIZAM BEOGRAD 1968 I pp 10-26
- 30-GUICHARD A. Ulcère gastro.duodénal et alcoolisme
REYSS BRION R. Interférence et antagonisme morbide
ALEX R. Rev. Lyon. de Méd. 8 - 6 pp 461 - 470 (1959)
- 31-HELOU J. La lutte d'un praticien rural contre l'alcoolisme
ACTA 65 pp 2-6
- 32-HEUYER E. Alcoolisme et délinquance
Revue du Praticien T 14 n° 4 février 64 pp 407-413
- 33-HANCART E. Contribution à la recherche de l'étiologie de l'éthylisme mas-
culin
réflexion sur 110 observations en service psychiatrique fermé.
thèse Lyon 1963
- 34-IGERT C. Les données statistiques concernant les relations entre l'al-
coolisme et les troubles psychiques.
La vie Médicale 46 novembre 1965 pp 1629-1638
- 35-KENDELL The fate or untreated Alcoholies
STATON Quater. jour.of stud.on alc.mars 1966 vol. 27 n° 1
pp 30-41
- 36-LAMBERT PA. L'alcoolisme et son traitement
l'unionmédicaledu Canada T 95 juillet 1966
pp 841-843
- 37-LECOQ R. La cure de désintoxication alcoolique et son application dans
VIALLE M. quelques formes nerveuses graves.
Encéphale 1964 53 n1 pp 35-61
- 38-LECOQ R. Notion de base indispensable à la compréhension du problème
de l'alcoolisme et de la désintoxication alcoolique.
Annales pharmaceutiques françaises 23 n° 11 novembre 1965
p 73 - 79
- 39-LEDERMANN S. Alcool alcoolisme alcoolisation
PUF 1956

- 40-LEREBoullet J. La désintoxication alcoolique
Revue du Praticien T 14 n° 4 février 64 pp 449-463
- 41-LEREBoullet J. Qu'est ce que l'alcoolisme ? Ses aspects - Ses causes -
Revue du praticien T 14 n°4 février 1964
PP 359-374
- 42-LEREBoullet J. Longévité et alcoolisme
Revue du Praticien T 14 n° 8 mars 1966
pp 1047-1055
- 43-MOLINIER A. La désintoxication étylique - Modalités et résultats de la mé-
BOVAGNET G. thode employée à propos de mille désintoxications
TCHOURUMOFF N. Semaine des Hop. 42 n° 25 mai 1966
pp 1562-1568
- 44-MOORE RA. Etiologie of chronic alcoholisme
exc. Méd. Neuro and Psy.
vol. 17 n° 9 septembre 64 p 1265
- 45-NACHIN C. Sur l'alcoolisme féminin
LENGRAND JP. Am. Méd.psy 112 ème année T 2 n° 2 juillet 1964
CREPIN D. pp 259-263
- 46-NEYRAUT M. Personnalités psychopathiques
perspectives psychiatriques 5 novembre 1963
pp 19-31
- 47-PATTISON EM. A critique of alcoholism treatment concepts whit spécial référé-
rence to abstinence
Quatr.jour.of stud.on alc. mars 1966 vol. 27 n°1
pp 19-71
- 48-PERRIN P. L'alcoolisme
BOQUIEN synthèse clinique Les monographies GARNIER n° 15-16-17
LENNE CL & Y.
MECHINAUD
SIMON
- 49-PERRIN P. De la perte de liberté envers l'alcool
"Pertede contrôle" "impossibilité de s'abstenir"
Revue de l'Alc; 10 - 1 janvier mars 64
PP 1 - 8
- 50-PERRIN P. l'abstinence totale et définitive doit-elle être exigée pour ad-
mettre la "guérison" d'un alcoolique ?
Revue de l'Alc. 12 n° 4 octobre décembre 1966
pp 316-328

- 51-PERRIN P. L'alcoolisme problème médico-social problème économique
Exp. xient . fr. 1950
- 52-PERRIN P. Vrais et faux alcooliques
Revue de l'alcoolisme 13 n° 3 juillet septembre 1967
PP 169-172
- 53-PERRIN P. Un terme à bannir du vocabulaire dans le traitement de l'alco-
lomanie "la post cure"
Revue de l'alc. 13 n° 1 . janvier mars 1967
pp 1.2
- 54-PLANCHE R. Evolution et résultats d'une consultation antialcoolique menta-
MEQUILLET le dans un dispensaire départemental d'hygiène mentale de
1953 à 1956
CLERMONT médical "l'Oeuvre du Pr POMME"
n° sup. des Ann. de la Sté Reg. de Neuropsy.
I 1968 pp 131-153
- 55-REYSS BRION R. La cure de désintoxication : mythe et réalité
Etudes et informations septembre 1965 vol. 1 n° 1 p 21
- 56-REYSS BRION R. La post cure médicale dans le traitement de la maladie alcoolique
REYSS BRION MP.
VIGNAT JPC. monographie du centre international d'alcoologie ;
n° 1 avril 1966
- 57-REYSS BRION R. Propos sur la nécessité d'une structuration bipolaire du traite-
ment de l'alcoolisme
information psychiatrique 3 mars 1967 pp 331-350
- 58-REYSS BRION R. La post cure dans le traitement de l'alcoolomanie
Revue de l'alc. 9 - 1 janvier mars 1963
pp 13 - 32
- 59-ROUSSEL JM. L'alcoolisme letabagisme et le narcotisme
l'union médicale du Canada avril 1960 T 89
pp 489-492
- 60-REQUET A. Aspect actuel de la cure de l'alcoolisme psychiatrique mascu-
lin dans la région lyonnaise
presse médicale. 1951 -1959 p 1516
- 61-REQUET A. Alcoolisme traditionnel et buveurs psychiatriques
NACHIN C. Revue assoc. Lyon. externat 55 ème année 1959 n° 4
pp 163-168
- 62-SMILDE J. Risks and unexpected reactions in Disulfiram therapy
Exc. Méd. Neuro and Psy. vol. 17 n° 3 p 362

- 63-STEN BACK A.
BLUMENTHAL M. Relationship of alcoholism hypochondria and attempted suicide
Acta. Psy. scand. 1964 40/2 pp 133-140
- 64-THELIN MH. L'alcool solvant de la personnalité
Revue de l"alc. 10 I janvier mars 1964 pp 19 26
- 65-WINE DB.
EDWARDS AE. Intempérance : psychological and sociological concomittants
Exc.Méd.Neuro and Psy. vol. 17 n° 10 octobre 1964 p 1410

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
Chapitre I	
GENERALITES SUR L'ALCOOLISME	4
A difficulté d'une définition	4
B rapports alcoolisme toxicomanie	5
C mythes de l'alcool	6
D la personnalité alcoolique	8
Chapitre II	
METHODES DE TRAVAIL - DONNEES NUMERIQUES - CIRCONSTANCES DE L'HOSPITALISATION	14
Chapitre III	
DEROULEMENT DE LA CURE	29
A phase de sevrage et désintoxication	30
B phase de cure de dégoût	30
C traitement par strychnine	32
D phase de post-cure	33
Chapitre IV	
ANALYSE DES RESULTATS	37
CONCLUSIONS.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	60

